Health Canada / Santé Canada

Evaluation Group / **Groupe de l'évaluation**

Strategic Planning and Review Directorate / **Direction de la planification stratégique et de l'examen**

Policy and Consultation Branch / **Direction générale des politiques et de la consultation**

EXAMEN À MI-PARCOURS DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

RAPPORT INTERMINISTÉRIEL : RÉSUMÉ ET RECOMMANDATIONS

Novembre 1996

NOTE:

CE RÉSUMÉ, QUI CONTIENT LES RECOMMANDATIONS DE CETTE ÉTUDE, EST UN DOCUMENT PROTÉGÉ ET N'EST PAS DISPONIBLE AU PUBLIC.

Canada

MISSION STATEMENT

The Evaluation Group helps Health Canada serve Canadians better by providing objective information and advice about the effectiveness of departmental activities and services.

ÉNONCÉ DE MISSION

Le Groupe de l'évaluation aide Santé Canada à mieux servir les Canadiens et les Canadiennes en offrant une information et des conseils objectifs sur l'efficacité des activités et des services du Ministère.

RAPPORT INTERMINISTÉRIEL : RÉSUMÉ ET RECOMMANDATIONS

EXAMEN À MI-PARCOURS DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

NOVEMBRE 1996

Résumé et recommandations

QU'EST-CE QUE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE?

La Stratégie canadienne antidrogue est une initiative interministérielle adoptée pour une période de cinq ans, qui vise à améliorer l'efficacité des programmes axés sur les psychotropes au Canada. Ce projet était précédé de la Stratégie nationale antidrogue, lancée en 1987 et qui a pris fin en mars 1992. La Stratégie canadienne antidrogue, communément appelée Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue, est une version renouvelée et modifiée de la première initiative.

Cette initiative se veut en quelque sorte une expérience menée par le gouvernement fédéral sur le plan de la conception de programmes. Elle correspond, du moins en théorie, à une volonté d'améliorer les programmes en place, non seulement en leur affectant davantage de fonds ou en introduisant de nouvelles initiatives. Afin d'accroître l'efficacité des initiatives qui existent déjà, elle tablera sur la coordination; elle fera en sorte que les programmes s'adressent à des groupes-cibles précis, l'objectif étant de rentabiliser au maximum les fonds investis et améliorera les données sur lesquelles reposent les décisions relatives aux politiques et aux programmes. Pour évaluer une telle initiative, il est important de déterminer dans quelle mesure la Stratégie canadienne antidrogue revêt une importance plus grande que la somme de ses composantes. Autrement dit, il s'agit de savoir si la Stratégie ne se résume pas uniquement à une série de programmes distincts qui ont pour seul dénominateur commun un Mémoire au Cabinet qui autorise l'octroi d'un supplément de fonds. Étant donné le grand nombre de programmes interministériels qui existent actuellement à l'échelle fédérale, d'autres initiatives devraient tirer profit des expériences tentées par la Stratégie canadienne antidrogue et, espérons-le, de certaines conclusions tirées de cet examen à mi-parcours, surtout au chapitre de la coordination.

Les ministères fédéraux suivants jouent un rôle dans la mise en oeuvre de la Stratégie :

- Santé Canada
- Le Solliciteur général du Canada (y compris la Gendarmerie royale du Canada et le Service correctionnel du Canada)
- Revenu Canada, Douanes et Accise
- Développement des ressources humaines Canada

CE RÉSUMÉ EST UN DOCUMENT PROTÉGÉ ET N'EST PAS DISPONIBLE AU PUBLIC.

- Affaires étrangères et Commerce international Canada
- Justice Canada
- Patrimoine canadien.

Il y a des décennies que le Canada met en oeuvre des programmes antidrogue. La première loi canadienne en la matière remonte à 1908, et depuis, des efforts en vue de contrer les risques liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues sont déployés par tous les ordres du gouvernement, par des organismes non gouvernementaux et par des groupes communautaires dirigés par des citoyens.

Objectifs de l'examen à mi-parcours

Bien que cet examen à mi-parcours soit une initiative interministérielle, ses objectifs sont, dans l'ensemble, traditionnels. Il vise en effet à fournir aux responsables de la Stratégie canadienne antidrogue de l'information leur permettant de conclure soit qu'il faut poursuivre l'initiative telle quelle, soit qu'il faut la modifier et comment. Les questions soulevées par l'examen à mi-parcours sont différentes de celles qui feront l'objet de l'évaluation finale. Elles relèvent surtout de la façon de procéder. Ce n'est qu'à l'étape de l'évaluation finale (qui devrait être terminée en janvier 1997) que l'on s'occupera essentiellement de déterminer si la Stratégie canadienne antidrogue réussit à réduire les méfaits causés par l'abus de l'alcool et d'autres drogues.

COORDINATION AU SECRÉTARIAT DE LA SCA

Le travail d'évaluation déjà accompli et celui qui reste à faire reposent sur le principe que la Stratégie canadienne antidrogue doit indiscutablement assumer un rôle de coordination. En effet, c'est la coordination qui intégrera une série de programmes distincts axés sur l'alcool et les drogues à une seule stratégie; sans coordination, la stratégie ne peut exister qu'en principe. La coordination fait partie intégrante des stratégies, et c'est de son efficacité que dépend la réussite de cette expérience interministérielle qui touche les programmes. Il n'est pas facile d'assurer la coordination de tous les programmes; toutefois, tous les partenaires fédéraux peuvent coordonner les activités touchant l'élaboration de politiques ou la gestion de l'information.

Imprécision des objectifs

La coordination devait être un élément clé de la Phase I de la Stratégie antidrogue; or, on a jugé qu'elle laissait à désirer et que la Phase II devait lui faire une place plus grande. D'où la décision du gouvernement de créer le Secrétariat de la SCA. Si le Mémoire au Cabinet précise que la Stratégie doit être coordonnée et confie au Secrétariat le mandat d'assurer la coordination, il n'offre aucune précision ou explication au sujet des objectifs de la coordination, et, depuis, aucun objectif n'a été défini et avalisé par les responsables de la Stratégie. Un autre problème grave se pose, à savoir le manque de définition des rôles et des responsabilités que doit assumer le Secrétariat à Santé Canada et auprès des autres partenaires fédéraux, en matière de coordination. Ces lacunes expliquent que les partenaires de la Stratégie ne savent pas au juste à quoi s'attendre au chapitre de la coordination.

Réduction des méfaits

Les efforts de coordination portent vraiment fruit lorsqu'elles visent des objectifs bien définis, qui sont acceptés et compris de la même manière par toutes les parties intéressées. Or, la place qu'occupe la réduction des méfaits à l'intérieur de la Stratégie canadienne antidrogue n'est pas bien déterminée. L'idée de faire de la réduction des méfaits l'objectif premier de l'ensemble de la Stratégie canadienne antidrogue a été introduite au cours de la Phase II. Tel qu'il est formulé dans le Mémoire au Cabinet, l'objectif est vague et se résume à la réduction des torts subis par les individus, les familles et les collectivités, d'où le besoin évident d'élaborer des objectifs plus précis qui définiraient le concept de la réduction des méfaits. Le Mémoire au Cabinet ne précise pas quels sont les méfaits qui devraient être réduits, dans quelle mesure et par quels moyens. Surtout, le document n'indique pas si et dans quelle mesure la décision de faire de la diminution des méfaits le but premier de la Stratégie canadienne antidrogue revient à différencier la Phase II de la Phase I ou s'il s'agit d'un changement de politique important. Cette ambiguïté demeure.

Il n'existe aucune politique fédérale concernant la réduction des méfaits causés par les drogues. Santé Canada, un des partenaires de la Stratégie antidrogue, a produit un «document de principe» sur la réduction des méfaits. Ce document n'est pas à proprement parler une politique officielle, mais il s'agit, pour la

CE RÉSUMÉ EST UN DOCUMENT PROTÉGÉ ET N'EST PAS DISPONIBLE AU PUBLIC.

Stratégie canadienne antidrogue, de la seule source de référence à offrir une définition de ce concept. Aucun autre ministère n'ayant défini sa position sur la réduction de méfaits, la Stratégie n'a adopté aucune position, et encore moins de politique, en la matière. En d'autres termes, l'objectif premier de la Stratégie canadienne antidrogue n'est pas compris de la même manière par toutes les parties intéressées. Répétons-le, si l'on veut que la coordination soit efficace, il est indispensable que l'on s'entende sur les objectifs de la Stratégie. Cette absence d'interprétation uniforme de l'objectif central de la Stratégie canadienne antidrogue pourrait bien représenter un important obstacle à la coordination, et les responsables de la Stratégie devraient s'efforcer de remédier à cette lacune.

L'expérience des unités antidrogue intégrées

La création des Unités antidrogue intégrées (UAI), dans l'optique de la réduction de l'approvisionnement, avait pour objectif d'améliorer l'efficacité des mesures législatives régissant les produits de la criminalité. Le travail de ces trois unités expérimentales est subventionné et dirigé par les responsables de la GRC, du Secrétariat du Solliciteur général, de Revenu Canada, Douanes, Justice Canada et Santé Canada.

Les UAI semblent bien réussir à coordonner les activités des ministères concernés, aussi devrait-on se demander si ou dans quelle mesure elles devraient servir d'exemple aux autres programmes de la Stratégie canadienne antidrogue ou aux autres programmes fédéraux. Diverses raisons expliquent que les membres de ces unités semblent très bien coordonner leurs activités: ils ont un objectif commun, bien défini et exprimé sous forme d'activités concrètes et non pas en termes abstraits; ils savent exactement ce qu'on attend d'eux; les objectifs de coordination sont clairement décrits; un organisme spécial veille à assurer la coordination nécessaire; les activités des unités sont évaluées annuellement; les responsables souscrivent au concept de l'intégration et les principaux partenaires obéissent à une culture quasi-militaire axée sur le respect des ordres.

Si les UAI ont en commun ces caractéristiques, il ne faut pas pour autant en conclure que celles-ci sont nécessaires à la réussite de la coordination. Les programmes qui relèvent de la

Stratégie canadienne antidrogue ne pourraient pas tous présenter cette série de caractéristiques. Une culture axée sur le respect des ordres est rare au gouvernement fédéral, ce qui ne veut pas nécessairement dire que la coordination ne peut se faire en-dehors d'un tel cadre. Les autres caractéristiques des UAI, par exemple le fait d'avoir des objectifs de coordination bien définis, semblent à la fois plus essentiels au succès de la coordination et davantage à la portée des autres secteurs du gouvernement fédéral.

Le Secrétariat

Le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue, créé en 1991, occupe une place privilégiée à l'intérieur de la Stratégie canadienne antidrogue, s'agissant de l'organisme gouvernemental principalement chargé de la coordination. Comme le Secrétariat a été mis sur pied par le ministère responsable de la Stratégie, il n'est que naturel, d'un point de vue historique, que le principal organisme de coordination soit situé dans les locaux de Santé Canada. L'une difficultés auxquelles le Secrétariat s'est constamment heurté a été de se faire reconnaître comme un organisme qui agit pour la Stratégie canadienne antidrogue, et non pas uniquement pour Santé Canada. Il semblerait, si l'on en juge par les rapports à mi-parcours produits par les autres ministères, que ces derniers considèrent souvent que le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue défend essentiellement les intérêts de Santé Canada. Malgré cette perception générale qui vient de l'extérieur, il serait faux de conclure que le Secrétariat s'est contenté de faire valoir uniquement les points de vue de Santé Canada. Paradoxalement, à l'intérieur de Santé Canada, on a souvent la perception inverse, à savoir qu'on considère que le Secrétariat représente les intérêts d'organismes de l'extérieur. Le Secrétariat estime que son rôle de coordonnateur de la Stratégie a été affaibli parce qu'il s'est retrouvé dans l'une des directions générales hiérarchiques de Santé Canada qui joue un rôle de premier plan à l'égard du volet prévention de la Stratégie canadienne antidrogue. Au moment de la rédaction de ce rapport, le Secrétariat n'avait toujours pas, cinq années après sa création, défini ses objectifs de coordination ni ne s'était attribué un rôle très précis. Il ne fait aucun doute que cette situation l'a empêché de s'acquitter efficacement de ses responsabilités de coordination.

CE RÉSUMÉ EST UN DOCUMENT PROTÉGÉ ET N'EST PAS DISPONIBLE AU PUBLIC.

Pouvoirs

Une des raisons souvent invoquées pour expliquer cet état de choses est que le Secrétariat ne détient pas les pouvoirs fonctionnels ou hiérarchiques voulus pour assurer la coordination entre les ministères, voire à l'intérieur de son ministère d'attache, Santé Canada. Toutefois, l'autorité fonctionnelle n'est ni une condition nécessaire ni suffisante pour une coordination réussie. L'essentiel est que les «partenaires» de la Stratégie antidrogue acceptent les dénominateurs communs qui doivent les regrouper sous une seule bannière, que tous les partenaires souscrivent à une série d'objectifs communs, ont une même compréhension de ces objectifs et de la façon de les atteindre. C'est ce qui fait défaut dans la Stratégie canadienne antidrogue et qui explique que cette initiative se résume essentiellement à une série de programmes distincts qui ont pour seul dénominateur commun un Mémoire au Cabinet.

Autorité morale

Le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue pourrait contribuer pour beaucoup à favoriser une compréhension et une adhésion communes en exerçant ce qu'on pourrait appeler une «autorité morale». On entend par autorité morale l'influence qu'une organisation peut exercer en vertu de son expertise et de la confiance qu'elle inspire aux autres organismes et à leurs responsables. Il n'est pas nécessaire de détenir des pouvoirs hiérarchiques ou fonctionnels pour exercer une grande autorité morale. Par contre, il est indispensable de prendre les mesures qui s'imposent. Le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue a mis sur pied des groupes de travail et des comités par l'entremise desquels il pourrait exercer une autorité morale afin d'améliorer la coordination de la Stratégie. Les deux principaux groupes à cet égard sont le Comité interministériel et le Comité directeur de la Stratégie canadienne antidrogue. Le Secrétariat peut progressivement asseoir le genre d'autorité morale qui l'aidera à remplir son mandat de coordination. La Stratégie a toutefois besoin d'une intervention plus proactive de la part du Secrétariat et d'une participation plus active des membres du Comité interministériel et du Comité directeur pour que cette condition se réalise.

Reddition de comptes

Les structures hiérarchiques concernant la coordination interministérielle ne sont pas clairement définies à l'intérieur de la Stratégie canadienne antidrogue. Au début de la Phase II, il

n'existait à proprement parler aucun organisme «responsable» de l'ensemble de la Stratégie canadienne antidrogue. Et jusqu'à la fin de 1994, aucun comité ou autre organisme au sein de la Stratégie n'était habilité à assurer la coordination interministérielle. Ainsi, pour la plus grande partie de la Phase II, c'est au Secrétariat qu'il a incombé de tenter d'assurer la coordination interministérielle, une responsabilité peu enviable qu'il était peu préparé à assumer, surtout dans un milieu qui n'a pas toujours donné la primauté à la coordination.

Le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue a de la difficulté à remplir son mandat de coordination, non seulement parce qu'il ne possède aucun pouvoir hiérarchique, mais parce qu'il n'existe aucune structure bien définie concernant la reddition de comptes, applicable à l'ensemble de la Stratégie. Hormis l'évaluation interministérielle, la Stratégie n'est soumise à aucune exigence en matière de comptes à rendre. Bien entendu, toutes les conditions normalement imposées au Ministère concernant la reddition de comptes valent également pour la Stratégie, mais il n'existe aucune «responsabilité interministérielle» à l'égard du rendement et de la réalisation des objectifs de la Stratégie. Le Secrétariat de la Stratégie nationale sur le sida n'a aucun rôle à jouer ici, si ce n'est en se présentant comme la «voix de la conscience» de la Stratégie et en encourageant ses partenaires à tabler sur la coordination interministérielle dans les programmes qui relèvent de la Stratégie. Nous le répétons, il n'existe aucun organisme «responsable» de la Stratégie canadienne antidrogue en tant qu'entité. Il y a, en revanche, des organismes chargés uniquement des éléments qui composent la Stratégie.

Par conséquent, il n'existe pas, à l'intérieur de l'ensemble de la Stratégie canadienne antidrogue, de véritable sentiment de responsabilité face à la réalisation des objectifs liés à la réduction des méfaits, généralement définis dans le Mémoire au Cabinet. Chaque ministère assume ses propres responsabilités, mais il n'existe pas, à proprement parler, de sentiment d'une responsabilité partagée à l'égard de la réalisation des objectifs de l'ensemble de la Stratégie. Dans ces conditions, on ne s'étonnera pas de constater que les intérêts des ministères

CE RÉSUMÉ EST UN DOCUMENT PROTÉGÉ ET N'EST PAS DISPONIBLE AU PUBLIC.

primment ceux de la stratégie. Il s'agit là d'un problème important posé par la conception d'initiatives interministérielles.

Possibilités offertes au S.S.C.S.

Rien n'indique que les raisons qui sont à l'origine de la création du Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue ne sont plus valables. En effet, l'expérience des initiatives fédérales regroupant plusieurs ministères confirme le bien-fondé de la création d'organismes spécialement chargés de la coordination interministérielle, des communications et de l'élaboration de données ou de la gestion de l'information. Toutefois, malgré l'indéniable difficulté inhérente à la tâche, il n'en demeure pas moins décevant que la Stratégie canadienne antidrogue, son Comité interministériel, Santé Canada, son ministère directeur, et le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue, à titre d'organisme chargé de la coordination, n'aient pas encore établi clairement ce qu'est ou ce que devrait être une Stratégie antidrogue coordonnée.

Le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue est réellement capable d'apporter une plus-value à la Stratégie, d'accroître sa rentabilité, comme il a commencé à le démontrer depuis quelques mois, bien que ce potentiel ne soit pas encore pleinement réalisé. Toutefois, sans un organisme tel que le Secrétariat, il est très peu probable que les avantages que l'on veut retirer en regroupant les programmes antidrogue du gouvernement fédéral en une seule initiative s'obtiendraient pas spontanément. Il importe de souligner que la simple existence d'un organisme ne suffit pas. Encore faut-il que les ministères participants veuillent bien que leurs programmes soient coordonnés avec ceux d'autres ministères et que le Secrétariat ait pour rôle de faciliter cette coordination. Ainsi, la responsabilité de la coordination revient à tous les partenaires de la Stratégie antidrogue.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Étant donné que le manque de coordination des partenaires fédéraux à l'égard de la Stratégie canadienne antidrogue :

- **Le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue devrait entreprendre, de concert avec ses partenaires**

fédéraux, notamment les organismes centraux, de définir et de réaliser des objectifs de coordination précis qui décrivent de manière détaillée les éléments de la Stratégie qui doivent être coordonnés et par quels organismes. Le Secrétariat devrait produire un plan de coordination applicable à la Stratégie canadienne antidrogue et le faire approuver par le Comité directeur interministériel avant de le mettre en oeuvre.

- **Ce plan devrait viser entre autres à définir plus clairement l'objectif premier de la Stratégie canadienne antidrogue, soit la réduction des méfaits, de façon que les partenaires fédéraux aient la même compréhension de cet objectif. Il devrait aussi préciser comment chaque partenaire fédéral contribuera à sa réalisation.**

- **Il doit être clair que la responsabilité de la coordination ne doit pas incomber uniquement au Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue. Elle doit aussi être partagée par les représentants officiels de la Stratégie, par le Comité directeur et par le Comité interministériel, qui ont reçu pour mandat de faciliter la coordination.**

- **Le Comité directeur devrait entreprendre d'établir dans quelle mesure la Stratégie canadienne est, en tant qu'entité, responsable de la réalisation des objectifs de l'ensemble de la Stratégie, surtout de la réduction des torts causés aux individus, aux familles et aux collectivités par l'abus d'alcool et d'autres drogues.**

CIBLAGE

La première question concernant le ciblage de la Stratégie canadienne antidrogue était de savoir si la répartition des fonds entre les volets prévention, application de la loi et traitement était appropriée. La Stratégie canadienne antidrogue est issue non pas d'une seule politique nationale axée sur l'alcool et les drogues à laquelle souscrivent tous les organismes qui mettent

CE RÉSUMÉ EST UN DOCUMENT PROTÉGÉ ET N'EST PAS DISPONIBLE AU PUBLIC.

en oeuvre des programmes, mais plutôt de l'évolution historique des programmes au Canada, où, selon les époques, des programmes axés sur la réduction de la demande et sur la réduction de l'approvisionnement ont été mis en oeuvre par des organismes différents. Les programmes antidrogue ne relèvent pas d'une science exacte qui puisse orienter les décisions concernant le type de programmes qui devraient être financés ou le choix de programmes qui serait le plus efficace. C'est pourquoi il n'est pas possible de répondre de manière définitive à la question relative à la pertinence du mode de financement de la Stratégie.

Trente-sept (37) programmes fédéraux reçoivent des fonds dans le cadre de la Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue. De ce nombre, 21 peuvent être classés dans le secteur de la prévention; 18 dans celui de l'application de la loi et des mesures de contrôle et sept (7) dans le domaine du traitement. (Certains programmes touchent à plus d'un domaine).

Une autre question soulevée lors de l'examen à mi-parcours concerne l'attention accordée aux trois principaux groupes de drogues : l'alcool, les médicaments prescrits et les drogues illicites. L'alcool est généralement considéré comme la drogue la plus dommageable pour la population canadienne. Il reste que le proportion de programmes qui s'attaquent aux drogues illicites ne semble pas correspondre à l'importance que leur accorde la Stratégie canadienne antidrogue. Celle-ci octroie des fonds à trente-sept programmes (selon la ventilation faite dans le Mémoire au Cabinet). De ce nombre trente-cinq portaient sur les drogues illicites; 18 sur l'alcool et 13 touchaient de près ou de loin aux médicaments prescrits. (Certains programmes visent plus d'un type de drogue.)

Populations cibles

En comparaison de la Phase I, la Phase II de la SCA s'adresse davantage à des populations à haut risque comme les jeunes marginaux, les Autochtones vivant hors-réserve, les personnes âgées, les femmes et les conducteurs en état d'ébriété. La Stratégie canadienne antidrogue n'est pas la seule à offrir des programmes à des gens dont la santé et le bien-être sont menacés. À l'échelon fédéral, d'autres stratégies interministérielles, par exemple l'Initiative de lutte contre la

violence familiale et la Stratégie nationale sur le sida, visent des groupes à haut risque. Dans bien des cas, leurs groupes cibles se chevauchent, en ce sens que différents programmes et stratégies s'adressent exactement aux mêmes personnes. Tels que les programmes sont actuellement mis en oeuvre dans la plupart de ces initiatives interministérielles, l'accent est mis d'abord sur les problèmes, l'attention accordée aux sous-populations n'étant que secondaire. En d'autres termes, à partir du moment où on a décidé de s'attaquer à un problème, on peut orienter ses interventions vers certains sous-groupes qui sont touchés par ce problème. Santé Canada a toutefois adopté une approche fondée sur les déterminants de la santé, ce qui pourrait indiquer qu'il vise avant tout les populations, puisqu'il est connu que certaines sous-populations souffrent de problèmes de santé très divers. Il y a ici une importante question politique à se poser, mais elle déborderait le cadre du mandat de cette étude. Il s'agit de savoir si les stratégies interministérielles devraient s'articuler autour de problèmes ou autour de sous-groupes touchés, dans certains cas par de multiples problèmes.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Étant donné l'écart qui semble exister entre les méfaits attribués à l'alcool et la place comparativement peu importante qu'occupe l'alcool dans les programmes fédéraux antidrogue :

- **Le Secrétariat de la SCA devrait, de concert avec le Comité directeur interministériel, entreprendre un examen des fonds attribués à chaque secteur de programme (prévention, traitement, application de la loi et mesures de contrôle) dans le cadre de la Stratégie. Cet exercice devrait avoir pour objet de déterminer quel est le niveau de financement qui serait proportionnel à l'importance des méfaits causés par chaque groupe de drogues. Cet exercice devrait être entrepris dans le cadre de la planification des programmes antidrogue qui seront mis en oeuvre par le gouvernement fédéral à l'expiration de la Phase II, soit à compter du 31 mars 1997.**

CE RÉSUMÉ EST UN DOCUMENT PROTÉGÉ ET N'EST PAS DISPONIBLE AU PUBLIC.

BASE DE DONNÉES

L'élaboration de politiques et de programmes, le choix des groupes cibles et la coordination des programmes passent nécessairement par l'accès à des données fiables. Des éléments d'information solides ont toujours été essentiels à la prise de décisions rationnelles, mais dans l'état actuel des choses, on en a également besoin pour offrir des services de la manière la plus rentable possible. Cet aspect cadre bien avec la décision actuelle du gouvernement de privilégier les décisions étayées, surtout en ce qui a trait à l'adoption de politiques, à l'établissement de priorités et à l'affectation de ressources à l'échelle globale.

Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue

Conformément au mandat qui lui a été attribué sur le plan de l'amélioration de l'information, le Secrétariat de la SCA s'est occupé de créer une base de données épidémiologiques sur l'alcool et les autres drogues, de mettre au point un modèle permettant d'évaluer les coûts économiques des méfaits associés aux drogues, d'élaborer un système pour la collecte de données à partir de salles d'urgence des hôpitaux, et de coordonner les résultats de recherches sur les drogues réalisées au Canada et aux États-Unis. La plupart de ces projets mettent à contribution divers partenaires de la Stratégie.

Absence de planification en matière de gestion de l'information

Malgré ces travaux, qui devraient permettre d'obtenir des données utiles à l'évaluation du rendement et à la définition de priorités, ce qui semble faire défaut, c'est un plan qui intégrerait la production et l'utilisation de l'information aux objectifs de la Stratégie canadienne antidrogue. Ce problème traduit une absence générale de coordination interministérielle. Faute de savoir précisément quelles sont les données dont on a besoin et à quelles fins et qui s'en servira, la Stratégie antidrogue risque de prendre des décisions à la lumière de données insuffisantes, ou de gaspiller des fonds à produire des données dont on n'a pas besoin, qui ne sont pas utilisées parce qu'elles ne sont pas convenablement diffusées ou présentées, ou qui sont produites ailleurs.

On s'explique difficilement comment la Stratégie canadienne antidrogue utilise la masse énorme de données et d'information qui existe dans le domaine de la toxicomanie. Il n'est pour ainsi dire pas prouvé que la Stratégie antidrogue a été créée à la lumière de bases de données concernant l'application de la loi

tenues par la GRC, Douanes Canada ou Santé Canada, ou qu'elle a tiré profit de l'information figurant dans la banque de données du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. De même, on n'a pas démontré clairement comment on se sert de ce genre d'information pour élaborer des programmes ou des politiques.

Il existe cependant des cas où l'échange de données est bénéfique malgré l'absence de planification de l'information à l'échelle de la Stratégie. Ainsi, le partage des responsabilités à l'égard des Autochtones vivant hors-réserve a donné lieu à un important échange d'information entre la GRC, le Solliciteur général du Canada et Santé Canada à l'étape de la conception de programmes adaptés à cette population. Les Unités antidrogue intégrées ont contribué à améliorer l'échange d'information en vue d'accroître l'efficacité de l'application de la loi. Il y a aussi diverses tribunes d'échanges : les comités interministériels qui se réunissent pour échanger de l'information, le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies et son centre d'information sur les drogues et le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Comme la Stratégie canadienne antidrogue ne possède pas de plan ou de mécanisme interministériel de gestion de l'information :

Le Secrétariat de la SCA devrait entreprendre de renforcer la gestion de l'information à l'intérieur de la Stratégie et, dans cette optique, définir un plan de gestion de l'information, de concert avec les partenaires fédéraux de la Stratégie. Ce plan remplirait les fonctions suivantes :

- **il permettrait de voir à ce que tous les intervenants sachent exactement quels sont les éléments d'information dont a besoin la Stratégie canadienne antidrogue afin d'élaborer des politiques, des lois et des règlements et de concevoir et mettre en oeuvre des programmes;**

CE RÉSUMÉ EST UN DOCUMENT PROTÉGÉ ET N'EST PAS DISPONIBLE AU PUBLIC.

- **il permettrait de produire cette information pour l'ensemble de la Stratégie canadienne antidrogue, et pas uniquement pour des programmes individuels;**
- **il permettrait de veiller à ce que les résultats de la collecte et de l'analyse de données soient utiles aux décideurs;**
- **il faciliterait l'utilisation judicieuse de cette information par les décideurs.**

Ce plan devrait comporter une série de jalons et indiquer clairement quelles sont les organisations chargées de l'exécution des activités prévues. Ce plan devrait être avalisé par le Comité directeur interministériel de la SCA.

RESSOURCES

La Stratégie canadienne antidrogue est une initiative adoptée pour une période déterminée. En cette époque de restrictions, on a davantage recours à ce genre d'initiatives comme mode de financement des programmes. En principe, les programmes d'une durée déterminée permettent au gouvernement de s'attaquer à des problèmes spéciaux sans se sentir lié par des projets qui supposent des dépenses à long terme. Dans le cas de la Phase I de la Stratégie canadienne antidrogue, le gouvernement a réagi à la gravité exceptionnelle des problèmes attribués à l'alcool et à d'autres drogues au Canada. La Stratégie a été reconduite parce que le problème persistait, que l'approche équilibrée adoptée par la Stratégie était censée et qu'il fallait doter la Stratégie d'une série d'objectifs plus précis pour qu'elle soit le plus efficace possible.

Les responsables de la Stratégie doivent cependant envisager la possibilité d'un non renouvellement et déterminer comment ils réagiraient si leurs budgets étaient considérablement réduits. La perte d'un supplément de fonds pourrait compromettre l'existence de la Stratégie, surtout le rôle de coordination qu'on voudrait la voir jouer, si la participation des ministères dépendait pour beaucoup de l'octroi d'un supplément de fonds. Il faut absolument reconnaître que la Stratégie ne dépend pas entièrement d'un supplément de fonds. Grâce aux autres mécanismes visant à améliorer les programmes, la Stratégie

pourrait continuer d'exister même si ses fonds n'étaient pas renouvelés à la fin de la période de financement prévue.

RECOMMANDATIONS

Au cas où les fonds affectés à la Stratégie canadienne antidrogue ne seraient pas renouvelés et où les éléments qui la composent seraient privés d'une partie ou de la totalité du financement accordé par la Stratégie, Santé Canada devrait, à titre de ministère directeur, entreprendre de voir à ce que, dans la mesure du possible, les avantages associés à une amélioration de la coordination, du ciblage et de l'information, soient maintenus et à ce que cette responsabilité soit clairement confiée à une organisation. Santé Canada devrait assumer ce rôle, de concert avec ses partenaires fédéraux, par le biais du Comité directeur interministériel.

TORTS CAUSÉS AUX PERSONNES PAR LES DROGUES

Lorsqu'elle a été lancée en 1987, la Stratégie canadienne antidrogue se voulait une mesure spécialement destinée à lutter contre une aggravation des problèmes de toxicomanie au Canada. Le document cadre de 1992 décrivait une série de méfaits que la Stratégie devait s'efforcer de réduire, entre autres le décès prématuré. Les données sur la mortalité pour la période de 1987 à 1992, année la plus récente pour laquelle on possède des éléments d'information de Statistique Canada, ne nous donnent aucune raison d'être optimistes et devraient préoccuper les responsables de la Stratégie canadienne antidrogue. Les chiffres cités ci-après visent essentiellement à illustrer une autre facette de l'environnement de la Stratégie; ils ne sont pas vraiment révélateurs de l'efficacité de la Stratégie canadienne antidrogue.

DÉCÈS CONSÉCUTIFS À UNE SURDOSE AU CANADA, 1987-1992

Type de drogue	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Opiacés	56	55	58	82	133	148
Cocaïne	59	80	99	65	92	78

CE RÉSUMÉ EST UN DOCUMENT PROTÉGÉ ET N'EST PAS DISPONIBLE AU PUBLIC.

Barbituriques	45	34	34	29	30	29
Alcool	120	116	112	110	155	178
Tranquillisant	27	20	24	23	17	15

Bien que ces données de Statistique Canada indiquent une lente diminution de l'incidence des décès consécutifs à une surdose de barbituriques et de tranquillisants à base de benzodiazépines, les tendances relatives aux opiacés, surtout à l'héroïne, à la cocaïne et à l'alcool, donnent matière à inquiétude. Depuis le lancement de la Stratégie antidrogue en 1987 et jusqu'en 1992, les décès attribuables à l'héroïne ont augmenté de 265 %; les décès causés par la cocaïne, de 32 % et les décès dus à l'intoxication alcoolique, de 48 %. (Il importe de souligner que les décès consécutifs à une surdose ne représentent qu'un faible pourcentage des décès imputables à la consommation excessive d'alcool; il suffit à cet égard de songer aux cirrhoses du foie, à la conduite avec facultés affaiblies et aux actes de violence.)

Décès attribuables aux drogues en Colombie-Britannique

Les situations dont rendent compte ces données sont loin d'être les plus alarmantes, car elles ne s'appliquent pas au-delà de 1992. En effet, en Colombie-Britannique, le nombre de décès consécutifs à une surdose a grimpé de manière marquée depuis 1992. Dans cette province uniquement, les chiffres enregistrés depuis 1993 sont saisissants, comme le montre le tableau ci-dessous :

Type de drogue	Décès
Héroïne	298
Cocaïne	106
Alcool	145
Total	549

Cette situation est évidemment extraordinaire et il n'est sans doute pas exagéré de la qualifier de critique puisque le nombre

de décès consécutifs à une surdose dépasse de beaucoup les chiffres des années antérieures. Au moment où ce rapport a été rédigé, la Stratégie canadienne antidrogue n'avait prévu aucune autre intervention officielle face à la situation en Colombie-Britannique. La Stratégie canadienne antidrogue considère que la Colombie-Britannique est la seule autorité compétente en la matière, du moins jusqu'à ce que la province indique qu'une intervention du gouvernement fédéral s'impose. En conséquence, la Stratégie canadienne antidrogue choisit d'attendre un signal très clair de la Colombie-Britannique avant de réagir. La province et Santé Canada ont engagé des discussions préliminaires au sujet de la possibilité d'accorder aux médecins la permission d'offrir un traitement d'entretien à la méthadone, mais aucun changement n'a encore été adopté officiellement. Santé Canada n'a pas été spécifiquement invité à intervenir dans ce dossier, de sorte qu'il s'est limité à ces discussions préliminaires.

Le gouvernement fédéral est traditionnellement intervenu auprès des provinces en période critique. Ces dernières années, il a réagi rapidement et efficacement aux dangers présentés par les moules avariés et les raisins importés ainsi qu'aux cataclysmes tels que la tornade qui s'est abattue sur Edmonton. On est spontanément tenté d'établir une comparaison avec la rapidité de réaction des organismes chargés de mettre en place des mesures d'urgence, ainsi qu'avec des organismes homologues qui relèvent d'autres ordres du gouvernement, et qui ont pour rôle d'intervenir dans l'éventualité de certaines situations d'urgence au Canada. On peut donc comprendre que l'on s'attende à ce que la capacité d'intervention soit la même dans le secteur des drogues, où les méfaits peuvent être très graves.

Or, il ne semble pas prévu que le gouvernement fédéral intervienne dans des cas d'urgence mettant en cause des drogues, que ce soit de son propre chef, ou de concert avec les provinces. En outre, comme nous l'avons souligné plus haut dans ce rapport, depuis la dissolution du Comité consultatif des problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues, il n'existe plus d'organisme clairement investi du mandat de la coordination fédérale-provinciale dans le secteur des drogues, y compris

CE RÉSUMÉ EST UN DOCUMENT PROTÉGÉ ET N'EST PAS DISPONIBLE AU PUBLIC.

lorsque les circonstances sont exceptionnelles ou en cas d'urgence. La situation en Colombie-Britannique commande que les partenaires de la Stratégie canadienne antidrogue, notamment le gouvernement fédéral et les provinces, se concertent pour intervenir lorsque les circonstances sont extraordinaires.

Vancouver compte le plus haut taux de mortalité consécutive à une surdose. C'est dire que le problème est concentré sur un territoire relativement petit qui pourrait bien se prêter à l'application, à titre expérimental, de l'approche fédérale axée sur la réduction des méfaits associés aux drogues, si le gouvernement fédéral était invité à intervenir davantage dans le dossier. Dans le cas de la Colombie-Britannique, une approche axée sur la réduction des méfaits devrait donner des résultats intéressants. Il importe cependant de souligner que Vancouver n'est pas la seule ville où les taux de mortalité attribuable à une surdose ont récemment grimpé. Toronto et Montréal ont elles aussi vécu un phénomène analogue, quoique d'ampleur différente. En l'absence de plan ou de capacité organisationnelle, il semblerait que le partenaires fédéraux et provinciaux doivent entreprendre de définir ce que représente une approche axée sur la réduction des méfaits pour le gouvernement fédéral et comment les autorités fédérales et provinciales doivent agir de manière concertée dans des circonstances exceptionnelles.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

Étant donné le nombre exceptionnellement élevé de décès consécutifs à une surdose, enregistré ces dernières années, et comme l'ensemble de la Stratégie ne prévoit aucune démarche axée sur la réduction des méfaits, qui permette de réagir à une telle situation :

- **Les responsables de la Stratégie antidrogue de Santé Canada devraient s'employer, de concert avec le Comité directeur interministériel, le Comité interministériel de la Stratégie canadienne antidrogue et les représentants des provinces, des territoires et des administrations municipales, à élaborer un plan d'action coordonné d'intervention lorsque l'ampleur**

des méfaits causés par des drogues, comme cette profusion de décès consécutifs à une surdose observée en très peu de temps, est exceptionnelle.

Canada Canada

Evaluation Group

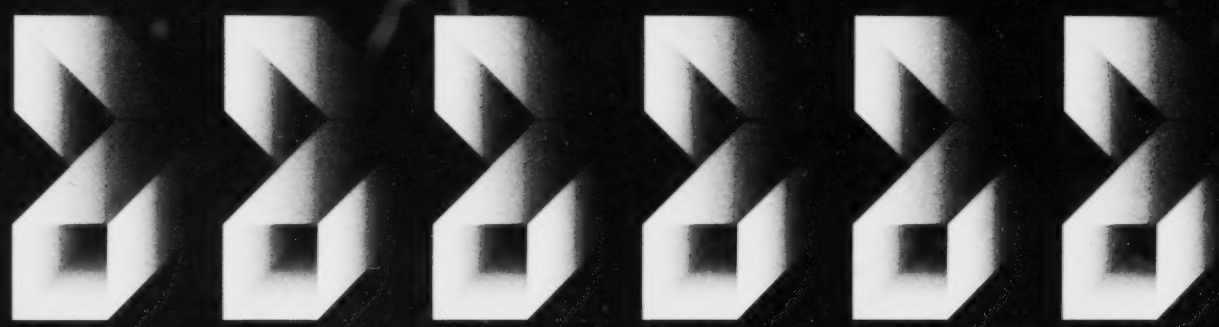
Strategic Planning and Review Directorate

Policy and Consultation Branch

Groupe de l'évaluation

Direction de la planification stratégique et de l'examen

Direction générale des politiques et de la consultation



EXAMEN À MI-PARCOURS DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

RAPPORT INTERMINISTÉRIEL

Novembre 1996

Canada

MISSION STATEMENT

The Evaluation Group helps Health Canada serve Canadians better by providing objective information and advice about the effectiveness of departmental activities and services.

ÉNONCÉ DE MISSION

Le Groupe de l'évaluation aide Santé Canada à mieux servir les Canadiens et les Canadiennes en offrant une information et des conseils objectifs sur l'efficacité des activités et des services du Ministère.

104-00842/

EXAMEN À MI-PARCOURS DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

RAPPORT INTERMINISTÉRIEL

NOVEMBRE 1996

Groupe d'évaluation
Direction générale de la politique et de la consultation
Santé Canada

Chronologie de l'exercice d'évaluation

Juin 1993	Fin de la collecte de données de base, remise d'un document de discussion au SSCA
Juin 1994	Préparation du mandat relatif à l'examen à mi-parcours
Juin 1994	Début de la collecte de données
Novembre 1994	Début de la présentation des rapports des ministères à la Division de l'évaluation des programmes, Santé Canada
Juin 1995	Fin du rapport de Santé Canada
Octobre 1995	Présentation du rapport au Comité de la vérification et de l'évaluation, Santé Canada
Novembre 1995	Présentation du rapport au Groupe de travail interministériel sur l'évaluation
Février 1996	Comité de la vérification et de l'évaluation, Santé Canada approuve le rapport
Mai 1996	Présentation du rapport au Comité directeur interministériel
Novembre 1996	Le Comité directeur interministériel approuve le rapport

Responsables

Ce projet a été mené à bien par le Groupe de travail interministériel sur l'évaluation, pour le compte de la Stratégie canadienne antidrogue. Ce groupe de travail était composé des membres suivants : Hassan Baage (Revenu Canada, Douanes et Accise), Judy Berger (Développement des ressources humaines Canada), David Chaikoff (Secrétariat du Conseil du Trésor), Pete Conley (Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue), Neil Ewert (GRC), Nick Falcon (Justice Canada), Gord Farrell (Service correctionnel Canada), Doug Macdonald (Affaires extérieures et Commerce international), Wayne McNulty et Nancy Brady (Patrimoine canadien), Chris Walker (Solliciteur général du Canada) et Howard Duncan, du Groupe d'évaluation de Santé Canada, en qualité de président.

Le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue a fourni des conseils et un soutien organisationnel.

Le Groupe de travail interministériel sur le programme a aussi fourni des conseils. Ce groupe de travail était composé de représentants de chacun des ministères qui participent à la Stratégie canadienne antidrogue.

Table des matières

Chapitre 1	Contexte	7
Chapitre 2	Coordination - Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue	21
Chapitre 3	Groupes cibles visés	49
Chapitre 4	Information	57
Chapitre 5	Ressources	63
Chapitre 6	Environnement de la Stratégie canadienne antidrogue	69

Chapitre 1
Contexte

Qu'est-ce que la Stratégie canadienne antidrogue?

La Stratégie canadienne antidrogue est une initiative interministérielle de cinq ans, lancée en vue d'améliorer l'efficacité des programmes en matière de drogues au Canada. Cette initiative a été précédée par la Stratégie nationale antidrogue, qui a été lancée en 1987 et qui a pris fin en mars 1992. La Stratégie canadienne antidrogue est une version renouvelée et légèrement modifiée de la première initiative et elle est souvent appelée Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue.

Cette initiative peut être vue, en quelque sorte, comme une expérience dans le domaine des programmes fédéraux. La Stratégie se présente, en théorie du moins, comme une tentative pour conférer une valeur ajoutée aux programmes existants, et non seulement comme un moyen de majorer les fonds affectés aux programmes ou de créer de nouveaux programmes. La Stratégie canadienne antidrogue a pour objet en fait d'améliorer l'efficacité des programmes en place en assurant une meilleure coordination de ces derniers et en veillant à ce que les efforts soient déployés de façon plus avisée. Dans cette optique, les programmes sont ciblés vers des sous-populations spécifiques, de façon à retirer le plus d'avantages possibles de l'argent investi, et les décisions touchant les politiques et les programmes sont prises en fonction d'une base d'informations améliorée. Pour évaluer la Stratégie canadienne antidrogue, on doit déterminer dans quelle mesure cette initiative est devenue plus que la somme de ses parties. Est-elle plus que la simple réunion de programmes indépendants rattachés les uns aux autres par un Mémoire au Cabinet qui autorise des affectations supplémentaires de fonds? On compte maintenant un bon nombre de programmes interministériels; l'expérience acquise dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue devrait être

profitable pour les autres et il est à espérer que certaines des constatations du présent examen à mi-parcours, en ce qui a trait surtout à la coordination, seront utiles pour les autres initiatives.

Les ministères fédéraux qui participent à la Stratégie sont les suivants :

- Santé Canada
- Solliciteur général du Canada, y compris la Gendarmerie royale du Canada et le Service correctionnel du Canada
- Revenu Canada, Douanes et Accise
- Développement des ressources humaines Canada
- Affaires étrangères et Commerce international Canada
- Justice Canada
- Patrimoine canadien

Le Canada est actif dans le domaine des toxicomanies depuis des décennies : notre première loi sur les drogues remonte à 1908. Depuis, les efforts déployés par les Canadiens pour lutter contre les risques associés à l'usage de l'alcool et des autres drogues ont été entérinés par tous les paliers de gouvernement, par les organismes non gouvernementaux et les groupes communautaires concernés.

Rôle du gouvernement fédéral

La myriade de programmes qui existent dans le domaine de l'alcoolisme et des toxicomanies relèvent de la compétence des instances fédérales et provinciales. Le champ d'action du gouvernement fédéral inclut :

- l'application de la *Loi sur les stupéfiants* et de la *Loi sur les aliments et drogues* et de leurs règlements, ainsi que du Code criminel; les différents paliers de gouvernement veillent à l'application de parties spécifiques de ces textes législatifs;
- le maintien de l'ordre au Canada, aux frontières et à l'échelon international;
- les pénitenciers fédéraux;
- les programmes de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies à l'intention des Indiens inscrits vivant sur les réserve;
- le soutien financier aux provinces pour les programmes dans le domaine l'alcoolisme et des toxicomanies;
- les programmes internationaux concernant les drogues, y compris ceux qui sont mis en oeuvre sous les auspices des

Nations Unies et de leurs agences ainsi que de l'Organisation des États américains.

En plus de ces responsabilités, le gouvernement fédéral met en oeuvre des programmes discrétionnaires de prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies (programmes de sensibilisation, d'éducation, de soutien communautaire, d'aide aux employés, et ainsi de suite).

Rôle des provinces

Au Canada, les provinces et les territoires ont un rôle de premier plan à jouer dans le secteur de l'alcool et des drogues, en partie à cause de la répartition des pouvoirs dans la Loi constitutionnelle, les secteurs de la santé et de l'éducation relevant presque exclusivement des provinces. En conséquence, les problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues, dans la mesure où ils sont considérés comme des questions de santé et d'éducation, relèvent de la compétence des provinces.

Voici quelques exemples de services qui entrent dans le champ d'action des provinces :

- services hospitaliers où sont traitées des personnes aux prises avec des troubles liés à l'alcool ou à d'autres drogues;
- services offerts dans des centres de traitement des toxicomanies;
- programmes de prévention et de sensibilisation offerts dans les écoles.

En plus de ces services et programmes, les provinces sont les instances de qui relèvent les lois et règlements régissant l'alcool. De plus, elles réglementent les professions médicale et pharmaceutique et elles s'efforcent, de concert avec le gouvernement fédéral, de prévenir l'utilisation à des fins détournées des médicaments psychoactifs et de lutter contre ce problème.

Un système unique

L'idée de créer une stratégie antidrogue s'enracinait dans la volonté de tirer le plus possible avantage des efforts déployés en réunissant au sein d'un seul système coordonné un éventail de programmes fédéraux distincts, en donnant la préséance à certains secteurs d'activité et en favorisant la concertation grâce à des partenariats avec d'autres organismes ou à d'autres

mécanismes. La Stratégie canadienne antidrogue se présente comme une initiative fédérale interministérielle **globale**, en vue d'améliorer et de coordonner les programmes en matière d'alcool et de drogues qui sont mis en oeuvre dans les trois secteurs d'activité traditionnels, à savoir : la prévention, les traitements et la réadaptation, et l'application de la loi et les mesures de contrôle.

Ces remarques générales s'appliquent autant à la Phase I qu'à la Phase II de la Stratégie. Toutefois, la Phase II diffère de la précédente par un certain nombre de points : le Programme national de lutte contre la conduite avec facultés affaiblies, qui est demeuré jusqu'en 1992 une initiative distincte, a été intégré à la Stratégie canadienne antidrogue; on a observé des changements dans les populations cibles; on accorde plus de place aux mesures de contrôle et d'application de la loi, en ce qui a trait plus spécialement à la législation sur les produits de la criminalité. La Stratégie canadienne antidrogue, Phase II, diffère de la stratégie initiale parce qu'il a fallu la modifier en fonction des changements observés dans le secteur des drogues, notamment :

- le Canada était davantage devenu une plaque tournante du trafic des drogues illégales;
- le Parlement avait adopté une législation sur le recyclage des produits de la criminalité et il fallait affecter des ressources à son application afin d'en tirer profit le plus possible;
- les provinces se préoccupaient davantage de prévention à l'intention de la population en général, ce qui permettait au gouvernement fédéral de concentrer ses efforts sur les sous-populations à haut risque.

Au cours de la Phase II, on doit mettre davantage l'accent sur les programmes de prévention à l'intention des groupes à haut risque ou marginaux, tels que les enfants de la rue, les décrocheurs, les autochtones visant hors réserve, les chômeurs, les aînés, les femmes et les membres de familles perturbées. Cette brève énumération, extraite du Mémoire au Cabinet, n'est rien d'autre qu'une liste d'exemples. Il revient aux ministères qui participent aux programmes de prévention de la Stratégie de déterminer quels groupes à haut risque doivent être visés. De façon générale, la modification opérée au niveau conceptuel a trait à un changement de cap dans les groupes visés : plutôt que

de s'adresser à l'ensemble de la population, et donc à une majorité de personnes qui ne risquent pas de connaître des problèmes reliés aux drogues, les efforts visent davantage les personnes qui sont à haut risque sur ce plan. Dans le langage technique du secteur des toxicomanies, on parle de transition des efforts de prévention du niveau primaire au niveau secondaire. (On décrit parfois le secteur des traitements comme celui de la prévention tertiaire).

En général, toutefois, la Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue est très similaire à la Phase I. La plupart des changements ne sont en fait que des ajustements. Au cours de la Phase II, la Stratégie continue d'être une initiative fédérale interministérielle globale en vue d'améliorer et de coordonner les programmes en matière d'alcool et de drogues qui sont mis en oeuvre dans les secteurs de la prévention, des traitements et de la réadaptation ainsi que dans celui des mesures de contrôle et de l'application de la loi. Le soutien financier accordé dans le cadre de la Phase II à des programmes existants a subi, du moins su la plan conceptuel, une légère réorientation. Au cours de la Phase I, l'argent affecté à la réduction de la demande comptait pour 70 % des sorties de fonds prévues dans le cadre de la Stratégie; au cours de la Phase II, selon le Mémoire au Cabinet, seulement 60 % du financement va à la réduction de la demande.

Financement

Le Cabinet a approuvé les affectations de fonds suivantes au titre du renouvellement de la Stratégie canadienne antidrogue :

- fonds de renouvellement de 25,9 millions de dollars par année, dont une part sera affectée à de nouvelles priorités, pour un total sur cinq ans de 129,5 millions de dollars;
- fonds supplémentaires de 8,1 millions de dollars par année affectés à l'application de la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité*, aux services d'aide aux employés fédéraux et au maintien du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, pour un total sur cinq ans de 40,5 millions de dollars;
- somme de 20 millions de dollars affectée au financement continu du programme fédéral-provincial de traitement et de réadaptation des alcooliques et toxicomanes et aux efforts antidrogue de la GRC, pour un total sur cinq ans de 100 millions de dollars.

Compte tenu du financement continu, les fonds alloués à la Stratégie canadienne antidrogue s'élèvent à 270 millions de dollars pour cinq ans. Toutefois, on a pu observé au cours des dernières années les effets d'un problème de plus en plus préoccupant, celui de la dette fédérale et du déficit annuel. Depuis le début de la Phase II, les ministères ont vu leur budget réduit un certain nombre de fois. Pour chacun des ministères participants, l'un des buts de l'examen à mi-parcours était de déterminer si ces coupures avaient un effet sur les ressources à recevoir dans le cadre de la Stratégie. La raison est simple. Il serait trompeur, voire injuste, d'évaluer un programme, en supposant qu'il a reçu des fonds additionnels conformément à la décision initiale du Conseil du Trésor quand, en fait, il a reçu moins que prévu ou que son financement continu a été réduit. On trouvera des données précises sur les coupures budgétaires qui ont été décrétées dans les rapports soumis par chacun des ministères participants.

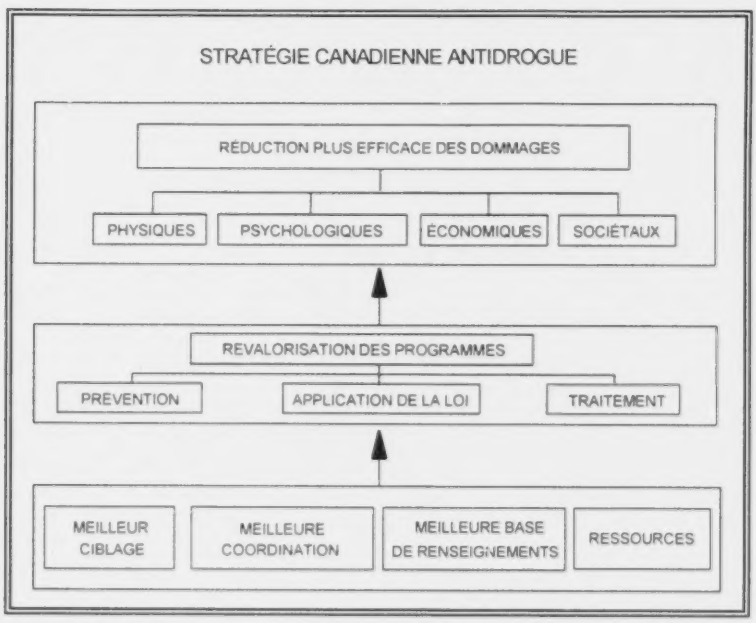
Objectifs de la Stratégie canadienne antidrogue

En 1992, le Mémoire au Cabinet stipulait clairement que les objectifs spécifiques de la Stratégie restaient à définir. Pour être pertinente, l'évaluation d'un programme doit prendre en compte les objectifs poursuivis. Voilà pourquoi il a fallu, au moment de produire le cadre d'évaluation, commencer par déterminer clairement les objectifs de la Stratégie. Le Groupe de travail sur l'évaluation, en consultation avec le Groupe de travail sur le programme, (informations additionnelles à la p. 11), a déterminé que la Stratégie canadienne antidrogue visait trois ordres de priorités : rendre plus efficaces les efforts déployés pour ce qui est de la réduction des torts, améliorer les programmes et mettre en place les mécanismes voulus à cette fin, pour ce qui est plus précisément du choix des groupes cibles, de la coordination, de l'information et des ressources. (Voir le diagramme qui suit). Cette approche à l'égard des objectifs de la Stratégie s'enracine dans le Mémoire au Cabinet, dans les présentations au Conseil du Trésor et dans les discussions avec le Secrétariat de la SCA. Il se présente comme un réaménagement des idées contenues dans ces documents et il vise à montrer la logique structurelle de la Stratégie dans son ensemble.

Le Mémoire au Cabinet stipule que la Stratégie canadienne antidrogue a pour objectif de réduire les torts causés aux personnes, aux familles et aux collectivités par l'abus de l'alcool

et des drogues. Les deux autres ordres d'objectifs se rattachent à l'objectif principal selon un rapport de cause à effet. En conséquence, la Stratégie canadienne antidrogue vise à rendre les activités de réduction des torts plus efficaces en améliorant les programmes existants. Pour obtenir les améliorations souhaitées, on prévoit déployer des efforts sur quatre fronts principaux : choix des groupes cibles, coordination, information et ressources.

Cette répartition des objectifs comporte une importante conséquence. Il est à remarquer que les ressources additionnelles sont décrites comme étant de valeur égale aux autres moyens d'améliorer les programmes. En conséquence, une diminution touchant l'un des moyens devrait être compensée par les autres moyens, et ce surtout en période de compressions budgétaires.



En conséquence, si la Stratégie canadienne antidrogue ou des partie de celle-ci sont visées par des coupures budgétaires, la solution serait sans doute de compter davantage sur les autres moyens, et donc sur des améliorations au niveau de la coordination, du choix des groupes cibles, de l'information et de l'utilisation des ressources.

Exigences de l'évaluation

La décision prise par le Cabinet de renouveler le financement de la Stratégie canadienne antidrogue s'accompagnait d'une exigence : la Stratégie devait faire l'objet d'une évaluation. Les décisions prises par le Conseil du Trésor (une par ministère participant) prévoyaient que trois produits d'évaluation devaient être soumis :

- cadre d'évaluation, pour le 1er décembre 1992;
- examen à mi-parcours, pour le 1er mars 1995;
- évaluation finale, pour le 1er janvier 1997.

Chacun de ces produits devait réunir deux volets, l'un applicable à la Stratégie dans son ensemble, et l'autre aux différentes composantes relevant de chacun des ministères participants. Pour chacun des produits d'évaluation, à savoir le cadre d'évaluation, l'examen à mi-parcours et l'évaluation finale, devaient être fournis un document concernant la Stratégie dans son ensemble et un document pour chacun des éléments relevant des ministères participants.

Ce travail d'évaluation devait être coordonné, de façon à être le plus rentable possible. À cette fin, on a dû faire appel et on continuera de faire appel à trois comités spécifiquement créés pour faciliter le travail d'évaluation.

- Groupe de travail interministériel sur l'évaluation
- Groupe de travail interministériel sur le programme
- Comité directeur interministériel

Le Groupe de travail interministériel sur l'évaluation est présidé par un représentant de la Division de l'évaluation des programmes de Santé Canada. Les autres membres représentent les unités d'évaluation des ministères participants et du Secrétariat du Conseil du Trésor; un représentant du Secrétariat de la SCA assiste aux réunions en qualité d'observateur. Ce comité est chargé de produire les rapports d'évaluation pour le Conseil du Trésor, mais sa fonction la plus importante consiste à coordonner les schémas d'évaluation et la collecte des données ainsi que la communication des résultats des analyses.

Le Groupe de travail interministériel sur le programme est présidé par un représentant du Secrétariat de la SCA. Ses autres membres sont des représentants des organismes qui mettent en

oeuvre des programmes bénéficiant d'un soutien dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue; le président du Groupe de travail sur l'évaluation assiste aux réunions en qualité d'observateur. Le rôle de ce groupe de travail est de fournir de l'information et des conseils au Groupe de travail sur l'évaluation, et ce de façon coordonnée.

Le Comité directeur interministériel, pour sa part, se compose des sous-ministres adjoints des directions concernées au sein des ministères participants et il est présidé par le sous-ministre adjoint de la Direction générale des programmes et de la promotion de la santé, Santé Canada. Initialement, son rôle consistait à revoir et à approuver le schéma d'évaluation, de veiller à ce qu'il satisfasse aux besoins des ministères participants et d'approuver les rapports produits. Par après, son mandat a été élargi, et il inclut maintenant la coordination de la Stratégie elle-même; on reviendra sur le rôle de ce comité un peu plus loin.

Buts de l'examen à mi-parcours

Bien que le présent examen à mi-parcours soit une initiative interministérielle, ses buts peuvent, grosso modo, être décrits comme traditionnels. L'examen a en effet pour objectif de fournir de l'information sur la Stratégie canadienne antidrogue avant la fin de la Phase II, afin d'établir que sa conception et son mode de mise en oeuvre doivent demeurer inchangés ou de signaler que des changements sont nécessaires et de déterminer comment les apporter.

Questions principales

Les questions explorées au cours de l'examen à mi-parcours ne sont pas les mêmes que celles qui feront l'objet de l'évaluation finale. Elles concernent résolument les processus requis. L'efficacité avec laquelle la Stratégie canadienne antidrogue permet de réduire les torts causés par les problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues ne sera examinée à fond que lors de l'évaluation finale. Un certain nombre de raisons expliquent pourquoi il a été décidé de centrer le présent examen sur des questions qui, normalement, seraient considérées comme d'intérêt secondaire.

La plus importante de ces raisons tient au fait que la Stratégie canadienne antidrogue est elle-même, dans une large mesure, un processus. On doit rappeler ici que la plupart des programmes qu'elle réunit ont vu le jour avant qu'elle ne soit lancée. Font exception principalement les programmes de prévention visant des drogues autres que l'alcool; ces derniers programmes ont été intégrés au cours de la Phase I, après une longue période au cours de laquelle le gouvernement fédéral avait mis l'accent sur la réduction de l'offre de ces drogues. En plus de l'injection de fonds additionnels, la Stratégie canadienne antidrogue s'accompagne d'un effort de coordination qui permettra de réunir un éventail de programmes disparates concernant les toxicomanies au sein d'une initiative globale unique. Au cours de la Phase II, on doit veiller à ce que les efforts soient mieux ciblés et à ce que la base d'information soit plus solide.

En termes clairs, pour évaluer la Stratégie canadienne antidrogue, il faut déterminer dans quelle mesure des processus spécifiques ont été mis en place et s'ils ont eu les effets escomptés sur les programmes visés. Selon le schéma de la Stratégie, on parviendra avec plus d'efficacité à réduire les torts si l'on veille à coordonner les efforts actuels, en les ciblant de façon plus judicieuse, en les appuyant sur une base d'information plus solide et en augmentant les ressources disponibles. Si l'évaluation se fait sur la base de ces prémisses, il s'ensuit qu'une mauvaise coordination, une base d'information peu solide et mal utilisée, un choix peu judicieux des groupes cibles et une perte de fonds additionnels se traduiraient par une efficacité moindre que celle que l'on attendait de la Stratégie. En conséquence, même si le présent examen ne porte pas directement sur l'efficacité, ses constatations au sujet des processus pourraient indiquer s'il y a eu ou non d'améliorer l'efficacité.

Attendre l'évaluation finale pour se pencher sur la question de l'efficacité avec laquelle la Stratégie canadienne antidrogue a entraîné une réduction des torts causés par l'alcool et les drogues permet de disposer de plus de temps pour réunir des données probantes. Ainsi, les données sur la mortalité liée aux drogues disponibles au moment de la préparation du présent rapport s'arrêtaient en 1992, soit la première année de la Phase II. Il serait très difficile de déterminer l'efficacité de la Stratégie à ce stade-ci, pour la bonne raison que les données nécessaires ne

sont tout simplement pas encore disponibles. Les membres du Groupe de travail sur l'évaluation, du Groupe de travail sur le programme, du Comité directeur, du Secrétariat de la SCA et du Secrétariat du Conseil du Trésor étaient d'accord pour attendre l'évaluation finale pour tenter d'évaluer directement l'efficacité de la Stratégie.

Ce qu'il faut garder présent à l'esprit, toutefois, c'est que l'examen à mi-parcours n'aborde pas les questions relatives au processus en lieu et place de questions relatives à l'efficacité que certains pourraient juger plus importantes. Bien au contraire, les questions touchant les processus sont au coeur de la Stratégie canadienne antidrogue. L'objectif visé, à savoir améliorer la capacité du gouvernement de réduire les torts, ne peut être atteint que si les processus requis sont en place. À ce stade-ci de la Stratégie, les questions relatives aux processus sont celles qu'il importe le plus d'analyser.

L'accent sera mis sur le troisième ordre d'objectifs, soit les mécanismes requis pour améliorer les programmes : choix des groupes cibles, coordination, information et ressources. Les questions seront les mêmes que celles qui seront traitées dans l'évaluation finale :

Groupes cibles :

- Est-ce que la répartition des fonds entre les efforts de prévention, d'application de la loi et de contrôle, et de traitement est appropriée, compte tenu des problèmes que connaît le Canada dans le secteur des toxicomanies?

Coordination :

- Le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue dispose-t-il de suffisamment de ressources et a-t-il un mandat assez clair et musclé pour atteindre les objectifs qu'il doit réaliser?

- Des mécanismes efficaces sont-ils en place pour assurer la coordination des diverses politiques fédérales en matière de toxicomanies ou des politiques du gouvernement fédéral et des autres gouvernements ou des autres partenaires que réunit la Stratégie?

- Des mécanismes efficaces sont-ils en place pour assurer la coordination des programmes des différents ministères fédéraux et la coordination des programmes du gouvernement fédéral et des autres gouvernements ainsi que des autres partenaires au sein de la Stratégie?

- Les Centre canadien de lutte contre les toxicomanies un organe de coordination efficace des programmes canadiens en matière de toxicomanies? (Cette question sera examinée dans le rapport d'évaluation du Centre qui sera produit par la Division de l'évaluation des programmes, Santé Canada, et soumis au Parlement en juin 1994).

Information :

- Quelles informations utilise-t-on actuellement pour concevoir les politiques et les programmes fédéraux du domaine des toxicomanies? Y a-t-il eu amélioration de la base d'information de la Stratégie canadienne antidrogue? Dans l'affirmative, comme a-t-on utilisé cette nouvelle base pour la prise de décisions touchant les politiques et les programmes?

Ressources :

- Est-ce que les ressources approuvées par le Cabinet pour la Stratégie canadienne antidrogue ont été effectivement mises à la disposition des bénéficiaires prévus?

- Les ressources ont-elles été utilisées aux fins auxquelles elles étaient destinées?

- Les ressources étaient-elles appropriées pour atteindre les objectifs de la Stratégie?

On ne doit pas s'attendre à ce que l'examen fournisse des réponses complètes à chacune de ces questions. La période écoulée depuis le début de la Phase II n'est pas assez longue pour que tous les effets des changements apportés aient eu le temps de se manifester. Toutefois, l'examen a permis de vérifier si les mesures prévues pour la Phase II sont en voie de réalisation, s'il y a eu effectivement amélioration dans le choix des groupes cibles ainsi qu'au niveau de la coordination, de la collaboration et de la base d'information, si les ressources

prévues ont été octroyées aux programmes et sont utilisées comme prévu dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue.

Participation ministérielle à l'examen

Par l'entremise du Groupe de travail interministériel sur l'évaluation, les évaluateurs de chacun des ministères participant à la Stratégie canadienne antidrogue ont élaboré un plan unique d'évaluation applicable non seulement à l'ensemble de la Stratégie, mais aussi aux activités d'évaluation menées à bien dans chacun des ministères. Si des études portant sur des question additionnelles peuvent être effectuées par des ministères en particulier, ces dernières incluent nécessairement un ensemble commun de points et de questions. Le plan d'évaluation devait faciliter les comparaisons entre les résultats obtenus par chacun des ministère et de les résumer pour inclusion dans le rapport d'évaluation de la Stratégie dans son ensemble.

Les rapports

Le présent rapport concerne la Stratégie canadienne antidrogue considérée comme un programme interministériel unique. On trouvera en annexe des rapports sur les contributions de chacun des ministères participants. Ces rapports reprennent les questions abordées dans le présent rapport : choix des groupes cibles, coordination, information et ressources, mais incluent aussi certaines questions spécifiques. Pour faciliter le travail de comparaison,on peut se reporter au cadre d'évaluation de 1992, qui figure dans l'annexe A. Dans une certaine mesure, les informations fournies dans le présent rapport interministériel sont tributaires des renseignements qu'on trouve dans les rapports ministériels. Toutefois, le présent rapport n'est pas un résumé des études ministérielles; le lecteur ne doit pas s'attendre à y trouver toutes les informations fournies par les ministères, et qui figurent ici sous la forme de capsules. Le lecteur est plutôt invité à consulter chacun des rapports s'il veut obtenir de l'information détaillée concernant, par exemple, les groupes cibles et les ressources de programmes en particulier.

Il avait été entendu que les rapports à mi-parcours des ministères participants devaient avoir en commun un certain nombre de thèmes, ce qui devait faciliter la préparation du rapport interministériel. Toutefois, la responsabilité des vues exprimées ou des recommandations faites dans chacun de ces rapports ne peut être imputée qu'au ministère qui en est la source. Bien que

ces derniers figurent en annexe du présent rapport produit par Santé Canada, on ne doit pas présumer que ce Ministère endosse les vues qui y sont exprimées, sauf pour ce qui est du rapport sur la contribution de Santé Canada à la Stratégie antidrogue. Seul le ministère source assume la responsabilité du contenu du rapport qu'il a produit.

Chapitre 2
Coordination - Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue

CONTEXTE

La Stratégie canadienne antidrogue se présente comme une initiative interministérielle coordonnée. Dans une large mesure, cette initiative est une expérience de gestion des interventions fédérales, puisqu'elle regroupe les programmes en matière d'alcool et de drogues que mettent en oeuvre sept ministères ou plusieurs directions générales au sein d'un même ministère. Selon l'hypothèse qui sous-tend la Stratégie, il est avantageux de réunir au sein d'une même stratégie un ensemble de programmes distincts, avantages qui n'existeraient pas autrement. Ces avantages ne sont pas seulement le résultat de l'injection de nouvelles ressources, mais aussi, et ce facteur est plus important encore du point de vue de la façon dont le gouvernement gère ses programmes, de la coordination des diverses composantes de la Stratégie.

Selon une hypothèse qui sous-tend le travail d'évaluation déjà effectué et à venir, la coordination est un élément essentiel de la Stratégie canadienne antidrogue. La coordination est ce qui permettra de réunir au sein d'une même stratégie un ensemble de programmes distincts en matière d'alcool et de drogues; sans efforts de coordination, la Stratégie ne serait qu'un nom. Le fait d'injecter de nouvelles ressources dans des programmes ne permet pas de mettre en place une stratégie, même si les ressources en question sont approuvées dans un même Mémoire au Cabinet. Le fait que les groupes cibles soient les mêmes n'est pas un facteur suffisant pour transformer un ensemble de programmes en une stratégie. Le fait de disposer d'une meilleure base d'information pour la prise de décisions touchant les politiques et les programmes n'a pas cet effet non plus. C'est la coordination qui permet de mettre en place une stratégie, et c'est l'efficacité avec laquelle on parvient à coordonner les efforts qui

déterminera le succès de l'expérience de programme interministériel dont il est question ici.

Les gouvernements reconnaissent depuis longtemps la valeur inhérente à tout effort de coordination des programmes et de création de partenariats, là où cela est approprié. À l'heure actuelle, ils prisent plus que jamais la valeur de ces moyens du fait qu'ils s'efforcent de réduire le déficit; ils voient les partenariats et les programmes coordonnés de plus en plus comme des moyens de maintenir un niveau acceptable les services offerts à la population tout en contrôlant les coûts. Le fait que le troisième ordre d'objectifs visés par la Stratégie présentent les ressources comme un moyen d'égale valeur à celui de la coordination donne justement à entendre qu'il est possible d'améliorer les programmes sans dépenser plus d'argent. On croit généralement que la coordination se traduit par différents avantages : elle permet d'améliorer l'efficacité, d'augmenter l'efficience, de réduire les doubles emplois, d'augmenter la rentabilité et d'obtenir de nombreuses retombées positives de la collaboration entre personnes et organismes.

La coordination est donc un moyen pour parvenir à une fin, un moyen de rendre les programmes plus efficaces. En général, l'examen a mi-parcours devrait permettre de déterminer dans quelle mesure ces moyens sont efficaces; l'évaluation finale visera à cerner leurs effets réels sur la vie des Canadiens. Le climat actuel de compressions budgétaires ne fait que souligner la pertinence de cette optique.

Pas de normes

Pour déterminer si la Stratégie est efficace à cet égard, il faut d'abord préciser les attentes auxquelles on croit qu'elle doit satisfaire, puisque les termes «coordination» et «partenariat» sont ambigus. Il importe donc de préciser le sens de ces termes dans le cadre du présent examen, de façon à délimiter les attentes que peuvent raisonnablement avoir les partenaires que réunit la Stratégie à l'égard du rendement de cette dernière. Pour élucider cette question, on peut se reporter aux résultats que le gouvernement voulait obtenir grâce à la Stratégie. Malheureusement, cette voie ne fournit pas de lignes directrices. Le gouvernement n'a tout simplement pas défini de façon détaillée le concept de coordination pour application à la Stratégie canadienne antidrogue. Le gouvernement du Canada n'a pas de normes reconnues en matière de partenariat ou de

coordination pour mesurer le rendement des programmes. On ne trouve pas non plus de description claire des résultats attendus de l'effort de coordination déployé dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue ni dans le Mémoire au Cabinet ni dans les décisions du Conseil du Trésor. Il est donc difficile, dans les limites du présent examen, de déterminer de façon non équivoque si la Stratégie canadienne antidrogue est un succès à cet égard. Toutefois, on peut faire certaines comparaisons et en tirer des conclusions qui indiquent où résident les possibilités d'améliorer la coordination et quels avantages on pourrait obtenir en tirant profit de ces possibilités.

Concept ambigu

Le terme «coordination» est ambigu et il renvoie à de nombreuses situations différentes allant de l'absence de conflit entre des programmes ou des politiques à un partenariat total, dans le cadre duquel un programme est financé, géré et offert au public conjointement par les partenaires. Dans les documents sur la question, différentes définitions sont proposées. Prenons le concept de partenariat. La Stratégie canadienne antidrogue n'offre pas un exemple de partenariat en bonne et due forme. Pourtant, les documents promotionnels et autres concernant la Stratégie décrivent souvent les participants qu'elle réunit comme des partenaires. Quoi qu'il en soit, il est utile pour bien cerner le concept de coordination de passer en revue les sens possibles du terme «partenariat».

On trouve dans la littérature différentes taxonomies. L'une d'elles propose les définitions suivantes, qui vont de la forme la plus intense de partenariat à la forme la moins intense :

- **Partenariat de collaboration** : Suppose un partage du pouvoir décisionnel, des ressources et du risque. Chaque partenaire perd une partie de son indépendance.

- **Partenariat opérationnel** : Suppose un partage du travail et des ressources, mais non nécessairement du pouvoir décisionnel. Toutefois, comme c'est le cas pour le partenariat de collaboration, les partenaires doivent veiller à coordonner leurs efforts s'ils veulent que le travail et les ressources soient partagés de façon efficace.

- **Partenariat de contribution** : Suppose un partage des ressources seulement; forme de parrainage.

- **Partenariat de consultation** : Suppose qu'un des partenaires demande de l'information ou des conseils à l'autre ou aux autres en vue de mettre sur pied des programmes ou des politiques.[1] (Voir les notes en fin de document), page 64)

Les deux dernières définitions renvoient à des formes de partenariat très peu intenses. On aurait envie d'y voir des hyperboles, puisqu'en vertu de ces définitions tous ceux, individus ou organismes, qui reçoivent des fonds publiques ou qui sont consultés par le gouvernement peuvent être appelés des partenaires. Les deux premières définitions sont donc plus instructives, pour ce qui est de cerner ce qu'il faut entendre par coordination dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue. Au coeur de ce concept, on trouve le partage. Les partenariats peuvent être décrits comme des liens plus ou moins intenses ou plus ou moins resserrés, selon la nature de ce que les partenaires partagent : pouvoir, autorité, ressources, travail, information, responsabilité ou risque. L'objet d'un partenariat, et cette remarque s'applique tout aussi bien à la coordination, est de permettre la réalisation de buts communs de façon plus efficace ou rentable que cela serait possible en l'absence de partenariat.

Exemples d'indicateurs

Le concept de «coordination» aussi peut être défini de nombreuses façons différentes, selon l'intensité des efforts décrits ou selon la nature de ce qui est coordonné. Ce qui nous intéresse plus particulièrement ici, c'est de déterminer dans quelle mesure les activités effectivement menées à bien dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue ont vraiment été coordonnées. Voici quelques indicateurs pertinents :

- une compréhension commune et une acceptation des objectifs de la Stratégie canadienne antidrogue de la part des ministères participants;
- un ensemble d'objectifs clairement définis et communément acceptés en ce qui a trait à la coordination de la Stratégie canadienne antidrogue;
- un plan d'ensemble auquel serait systématiquement intégrée toute la gamme des programmes en matière d'alcool et de drogues;
- un mécanisme organisationnel solide pour la coordination de la planification, des politiques et de la mise en oeuvre des programmes;

- des ententes en bonne et due forme (protocoles d'entente, p. ex.) entre les organismes;
- des groupes de travail actifs investis d'un pouvoir décisionnel;
- un système d'information solide qui permette de s'assurer que la planification, l'élaboration des politiques et la mise en oeuvre des programmes se font de façon rationnelle et sur la base de données factuelles;
- la capacité de mobiliser les forces vives au sein des autres ministères participants et de tirer profit des compétences qui s'y trouvent en vue de mieux lutter contre les problèmes liés à l'alcool et aux drogues au Canada;
- le partage des coûts et des tâches entre les différents centres de responsabilité;
- la capacité de faire face aux problèmes émergents ou aux changements importants dans la nature des problèmes de toxicomanie au Canada.

Certains de ces indicateurs ont plus de poids que d'autres; cet état de choses tient à l'ambiguïté du concept de coordination. Tous reflètent les éléments essentiels des partenariats de collaboration et opérationnel. Le présent examen ne peut déterminer de façon non équivoque ce qu'il faut entendre par niveau acceptable de coordination des efforts des participants à la Stratégie canadienne antidrogue, tout simplement parce qu'on ne s'est pas entendu sur un ensemble de critères pertinents. On peut espérer, toutefois, que le présent examen révélera que les responsables de la Stratégie élaborent des objectifs et des normes appropriés.

Attentes à l'égard de la coordination

Il semble que certains ministères et programmes, à cause des affinités qu'ils ont entre eux, se prêtent davantage à une coordination des efforts que d'autres. Sur le plan de la coordination des activités de programme, il semble donc qu'il y ait peu de possibilité, pour un organisme tel que Sport Canada, de coordonner ses activités de programme avec celles d'un ministère comme Affaires étrangères et Commerce international Canada. En revanche, les ministères qui veillent à l'application de la loi ont beaucoup d'affinités entre eux, affinités qui se sont traduites par la création des Unités antidrogue intégrées. Comme on peut le voir, le potentiel de coordination des activités de programme n'est pas le même pour tous les participants à la Stratégie canadienne antidrogue. Toutefois, on est en droit de s'attendre à ce que les possibilités de coordination soient

beaucoup plus grandes au niveau des activités liées à l'élaboration des politiques, à la production et à l'échange d'information et à la planification stratégique.

Au cours de l'examen à mi-parcours, il a été mentionné, au sujet des résultats des efforts de coordination, qu'il ne fallait pas s'attendre à autre chose qu'à la mise en oeuvre effective et harmonieuse des programmes mentionnés dans le Mémoire au Cabinet. Ceux qui sont de cet avis supposent que le Mémoire au Cabinet a été préparé de telle façon que si les programmes sont effectivement mis en oeuvre comme prévu, la contribution de Santé Canada sera forcément coordonnée sans qu'il faille que la coordination se manifeste de façon plus tangible. Cette opinion présente un certain intérêt. Un Mémoire au Cabinet qui propose un système coordonné de programmes, c'est-à-dire des programmes qui à tout le moins ne s'opposent pas les uns aux autres ou ne se nuisent pas les uns aux autres sur le plan de l'efficacité. Vue sous cet angle peu exigeant, la coordination apparaît comme un élément normal du fonctionnement du gouvernement, et non comme l'objectif spécial d'une initiative telle que la Stratégie canadienne antidrogue. Dans le cadre de cette Stratégie, les efforts de coordination souhaités vont au-delà de cette vision qui réduit la coordination au recours normal à de saines pratiques de gestion. En fait, le Mémoire au Cabinet requiert explicitement la mise en place d'un mode de coordination plus musclé. Voilà pourquoi, l'examen à mi-parcours réclame des indicateurs de coordination plus rigoureux que la simple absence de conflit entre les programmes.

Critère minimum : buts communs

Les efforts de coordination sont plus efficaces quand des objectifs clairs sont fixés et que ces derniers sont acceptés et compris de la même façon par toutes les parties concernées. Cette remarque s'applique en général aux objectifs de la Stratégie canadienne antidrogue et, plus spécifiquement, à ses objectifs en matière de coordination. Habituellement, les exercices d'examen et d'évaluation de programmes du gouvernement visent à déterminer si les objectifs ont été atteints. Il faut normalement que les évaluateurs et les responsables de programmes investissent du temps et de l'énergie pour déterminer de façon claire et précise les objectifs d'un programme. Cet investissement en vaut la peine, puisqu'il serait stérile, voire injuste, d'évaluer un programme en prenant en

compte des objectifs autres que ceux qu'il visait. Ce travail s'est révélé particulièrement difficile dans le cas de la Stratégie antidrogue, ce qui donne une indication du degré de cohésion au moment où ces efforts ont été déployés.

Le Groupe de travail interministériel chargé de l'évaluation a rencontré des représentants de la Stratégie canadienne antidrogue vers le milieu de 1992, afin d'obtenir de l'information sur les objectifs à prendre en compte pour évaluer la Stratégie. Les premières expériences de l'équipe d'évaluation sont révélatrices de l'échec des efforts déployés par le Groupe de travail interministériel sur le programme en vue d'obtenir que les partenaires aient le sentiment de travailler dans une même optique, d'avoir une compréhension commune de la mission à accomplir, d'être partie prenante d'une même entreprise. Ces premières expériences révèlent un groupe facilement capable de représenter les intérêts et points de vues de chacun des programmes que ses membres contribuaient directement à mettre en oeuvre, mais moins capable de véritablement former une équipe.

Fait à signaler, le Groupe de travail sur le programme avait même de la difficulté à saisir la notion d'objectifs globaux de la Stratégie, encore moins de les définir. En d'autres termes, il semble que les membres de ce comité n'aient pas vraiment eu le sentiment de poursuivre un objectif commun ou de partager une vision commune des choses. Qui plus est, le Secrétariat de la SCA a éprouvé autant de difficulté que les autres à définir les objectifs globaux de la Stratégie. Par ailleurs, le seul objectif clair était celui qui est énoncé dans le Mémoire au Cabinet, à savoir : réduire les torts causés aux personnes, aux familles et aux collectivités par l'abus de l'alcool et des autres drogues. Le Secrétariat semblait parfois être de trop, être confiné à un rôle de modérateur au cours des discussions. À la fin, les évaluateurs ont été invités à proposer une série d'objectifs globaux pour la Stratégie. Le Groupe de travail sur le programme a accepté la proposition, telle qu'énoncée à la page 9 du présent rapport. On ne sait pas, toutefois, si ces objectifs sont effectivement utilisés pour assurer la coordination des activités dans le secteur des toxicomanies.

La raison pour laquelle les membres n'avaient pas vraiment le sentiment de poursuivre un objectif commun semble se réduire

au fait qu'ils n'étaient pas habitués à se percevoir comme ayant un rôle à jour dans le cadre d'un seule stratégie, comme partie prenante d'un ensemble de programmes tous conçus pour réaliser un même objectif. Qui plus est, l'objectif de réduction des torts, comme discuté ci-dessous, n'existait pas avant la Phase II et il n'était pas pleinement intégré dans la vision de chacun des ministères participants. Voilà pourquoi la Stratégie se présentait, dans une large mesure, comme un ensemble de programmes distincts et autonomes n'ayant entre eux aucun autre lien que le Mémoire au Cabinet.

Réduction des torts : un exemple important

On ne sait pas au juste quel rôle l'objectif général de réduction des torts joue dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue. Là encore, on doit signaler que la réduction des torts n'est apparue comme objectif principal de l'ensemble de la Stratégie et des programmes fédéraux de lutte contre les toxicomanies en général qu'au début de la Phase II. La réduction des torts est présentée en 1992, dans le Mémoire au Cabinet, comme l'objectif général de la Stratégie renouvelée. Comme mentionné dans le présent document, ce but est vague et des appels explicites en faveur de l'élaboration d'objectifs plus précis que celui attaché au concept de réduction des torts se sont faits entendre. Le Mémoire au Cabinet ne précisait pas quels torts devaient être réduits, dans quelle mesure et par quels moyens. Qui plus est, ce document ne donne aucune indication permettant de conclure que l'adoption de la réduction des torts comme objectif essentiel de la Stratégie canadienne antidrogue marque un écart ou une réorientation entre la Phase I et la Phase II. Cette question reste à élucider.

Le concept de la réduction des torts et son rôle dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue et des programmes et politiques du gouvernement fédéral en matière de toxicomanie a fait l'objet de controverse au cours de la Phase II. Ce concept intéresse les théoriciens et fait l'objet de discussions de la part de groupes d'intérêt spéciaux ou du domaine de la santé publique, et le sens donné à ce concept n'est pas toujours le même. Pour certains intervenants, la réduction des torts est un concept maintenant entaché d'une forte connotation politique; on y voit une formule de rechange au cadre législatif de contrôle des substances psychoactives qui est en vigueur au Canada et partout dans le monde et qui est décrit dans les conventions des Nations Unies sur ces substances. Pour un certain nombre de

personnes, donc, la réduction des torts s'entend de la décriminalisation ou de la légalisation des substances psychoactives ou de certaines d'entre elles.

On peut sans risque de se tromper affirmer que telle n'est pas la position du gouvernement fédéral ou des représentants de la Stratégie canadienne antidrogue. Toutefois, on ne sait pas au juste ce que signifie le concept de la réduction des torts dans le cadre de la Stratégie. On ne sait toujours pas quelle différence cet objectif général devait comporter, ou a effectivement comporté, au niveau des programmes relevant de la Stratégie. Pour la plupart des programmes de réduction de la demande mis en oeuvre par Santé Canada, il y a correspondance entre la réduction des torts et le changement dans les cibles visées, qui ne sont plus la population en général, mais bien des sous-populations à haut risque. En fait, ces programmes mettent davantage l'accent dorénavant sur les groupes les plus exposés aux torts causés par les drogues que la population en général. Dit autrement, ces programmes n'ont plus pour objectif principal de faire en sorte que les non-consommateurs commencent à faire usage ou abus de psychotropes. L'abstinence n'est plus le but de l'exercice; on cherche plutôt à réduire les torts dans les groupes à haut risque. On peut donc dire que l'adoption du concept de la réduction des torts s'est traduite par certains changements dans les programmes du Ministère. Toutefois, on ne peut dire au juste quels changements l'adoption de ce concept a pu avoir sur les autres programmes qui relèvent de la Stratégie.

Il n'existe pas de politique fédérale en matière de réduction des torts dans le secteur des toxicomanies. Santé Canada a soumis une «déclaration de principe» sur la réduction des torts. Une telle déclaration n'équivaut pas à une politique officielle, mais il s'agit là du seul document où l'on trouve une description du concept de la réduction des torts dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue. Le document complet figure en annexe. Ici, nous nous contenterons d'en reproduire un paragraphe clé :

> Santé Canada favorise une interprétation large du concept de «réduction des torts», dans un paradigme de réduction de l'offre et de la demande, de façon à ce que ce concept inclue la prévention de l'usage par les non-consommateurs (abstinence), la gestion des risques de torts (pour les consommateurs et les autres) et le traitement des personnes

> qui sont directement ou indirectement touchées par l'usage. À l'intérieur de ce vaste continuum, Santé Canada reconnaît et accepte que des gens feront usage et abus de drogues, mais sans prononcer de condamnation.

Cette position indique clairement que Santé Canada se départage des groupes pour qui la «réduction des torts» inclut la décriminalisation, mais elle n'aide pas beaucoup à préciser dans quelle mesure l'adoption de la réduction des torts comme objectif de la Stratégie canadienne antidrogue se traduira par des différences dans les programmes. Aucun autre ministère n'a adopté de position sur la réduction des torts. Voilà pourquoi il n'y a pas de position valable pour tous les participants à la Stratégie, et encore moins de politique en bonne et due forme sur cette question. En d'autres termes, à l'égard de l'objectif principal de la Stratégie canadienne antidrogue, aucune définition commune des termes n'existe. On en vient à la conclusion que rien ne permet d'affirmer que les partenaires que réunit la Stratégie s'entendent pour reconnaître la réduction des torts comme l'objectif central de la Stratégie. Pour que ces derniers puissent partager ce but de façon significative, il faudrait que le concept soit compris de la même façon. Or, on dispose de peu de données qui montrent qu'il y aurait compréhension commune de l'objectif de la réduction des torts, si ce n'est dans le cadre de certains programmes, tels que ceux qui s'adressent aux jeunes marginaux et qui mettent explicitement l'accent sur la réduction des torts. Rien ne permet d'affirmer, en effet, que la réduction des torts revêt de l'importance ou que l'adoption de ce concept s'est traduite par des changements dans le cadre de nombreux programmes relevant de la Stratégie, notamment les programmes d'application de la loi. Encore une fois, il est essentiel que les participants s'entendent sur les objectifs de la Stratégie pour que les efforts de coordination soient efficaces; l'absence de compréhension commune de l'objectif central de la Stratégie est sans doute un obstacle à la coordination, un obstacle que les responsables de la Stratégie devraient s'efforcer d'éliminer.

Intégration de la coordination au efforts de conception : l'expérience des Unités intégrées antidrogue axées sur les profits des trafiquants

Il est ressorti clairement des discussions avec les responsables qui ont été chargés de prépareer le Mémoire au Cabinet et des représentants des organismes centraux que ce que l'on attendait de la Stratégie canadienne antidrogue était quelque chose de plus que la simple absence de conflit et la réduction des doubles emplois, mais quelque chose de moins qu'un partenariat total incluant la mise en oeuvre de programmes conjoints par tous les ministères fédéraux. Le Mémoire au Cabinet indique clairement que chacun des programmes mis en oeuvre par les ministères participants dispose d'une grande autonomie. Ne font exception à cette règle que les mesures de réduction de l'offre prises par les Unités antidrogue intégrées, qui ont reçu pour mandat d'améliorer l'efficacité de la législation sur le recyclage des produits de la criminalité. Le travail accompli par ces trois unités expérimentales est financé et mené à bien conjointement par la GRC, le Secrétariat du Solliciteur général, Revenu Canada (Douanes), Justice Canada et Santé Canada. Ce travail est décrit en détail dans le rapport de l'examen à mi-parcours du Solliciteur général du Canada. L'intégration visée ici ne s'applique pas à l'ensemble de la Stratégie canadienne antidrogue. Telle n'était pas l'intention des concepteurs de ces unités.

Les Unités intégrées semblent parvenir dans une bonne mesure à coordonner les actions des ministères participants. On doit, cependant, se demander si elles doivent servir de modèle pour les autres programmes relevant de la Stratégie ou pour quelque autre programme fédéral, et, dans l'affirmative, dans quelle mesure. Différentes raisons expliquent pourquoi les membres de ces unités semblent parvenir à bien coordonner leurs activités :

- elles poursuivent un but commun qui s'articule autour d'activités concrètes, et non de généralisations abstraites;
- les membres des unités sont pleinement conscients de ce que l'on attend d'eux; les objectifs de coordination sont clairement énoncés;
- un organisme spécial veille à ce que la coordination requise soit assurée;
- les activités des unités sont évaluées chaque année;
- les responsables sont déterminés à appliquer le concept de l'intégration;

- les principaux partenaires fonctionnent selon les principes qui s'appliquent dans une culture quasi-militaire axée sur le respect des ordres.

Le fait que les Unités intégrées aient ces caractéristiques ne veut pas dire que ces dernières sont essentielles au succès de tout effort de coordination. Bien des programmes relevant de la Stratégie canadienne antidrogue ne peuvent présenter un tel ensemble de caractéristiques. Une culture axée sur le respect des ordres est plutôt rare au sein du gouvernement fédéral. Il ne faut pas conclure que la coordination n'est possible que dans ce genre de contexte. Une culture quasi-militaire peut accélérer le processus de la coordination, sans lui être essentielle. Les autres caractéristiques des Unités intégrées semblent à la fois plus essentielles au succès des efforts de coordination et plus faciles à appliquer aux autres organes du gouvernement fédéral.

Défi difficile à relever

On ne saurait trop souligner l'importance de fixer des buts communs, si l'on veut assurer une coordination valable des efforts. La coordination est plus facile à réaliser si les partenaires s'entendent sur ce qui doit être coordonné. On doit toutefois préciser que la coordination de la Stratégie canadienne antidrogue demeurera limitée tant qu'on n'aura pas précisé clairement les résultats attendus de la coordination. Personne ne s'attend à ce que la Stratégie canadienne antidrogue soit coordonnée de la même manière et de la même façon que les Unités intégrées, mais il semble bien que le gouvernement souhaite obtenir davantage des efforts de coordination que la simple absence de conflit. D'un côté, on voit que la coordination offre une bonne occasion de faire preuve de créativité au niveau de l'élaboration de politiques et de programmes conjoints, et d'un autre, qu'elle pose un défi extrêmement difficile, qui pourrait facilement aboutir à l'adoption de mesures très prudentes.

Jusqu'ici, aucun objectif de coordination spécifique n'a été fixé. Que la Stratégie soit ou non globalement coordonnée conformément aux souhaits du gouvernement, il demeure certain qu'en l'absence d'objectif de coordination spécifique, la Stratégie n'est pas aussi bien coordonnée qu'elle pourrait l'être. On peut donc conclure que cette expérience de programmes

gouvernementaux coordonnés n'est pas aussi profitable que possible.

LE SECRÉTARIAT DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE :

Mandat et responsabilités

Le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue, qui a vu le jour en 1991, occupe une pace de premier plan à l'égard de la Stratégie canadienne antidrogue, puisqu'il est l'organe chargé d'en assurer la coordination. Le sous-ministre de Santé et Bine-être social Canada a créé le Secrétariat de la SCA dans le but principalement d'assurer le renouvellement de la Stratégie pour la Phase II. Toutefois, comme on jugeait que la coordination avait été insuffisante au cours de la Phase I, le Mémoire au Cabinet recommandait que le Secrétariat continue d'exister au-delà du processus de renouvellement et que son mandat inclue une fonction centrale de coordination de la Stratégie. Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies a aussi des fonctions de coordination à remplir, mais à l'égard d'activités menées à bien à l'extérieur du gouvernement. (Cette question déborde le cadre du présent rapport et a déjà été examinée à fond lors d'une évaluation complète effectuée en 1993). Le Mémoire au Cabinet pour le renouvellement de la Stratégie antidrogue indiquait que le mandat du Secrétariat de la SCA comprenait les fonctions suivantes : coordination, collecte de données, activités de communication liées à la Stratégie et évaluation.

Le Secrétariat se compose d'une petite équipe réunissant cinq personnes : un directeur exécutif, un conseiller principal chargé de la réduction de la demande, un conseiller principal chargé de l'application de la loi, un responsable des communications et un employé de soutien. Depuis la création du Secrétariat, il y a eu beaucoup de roulement au poste de directeur des communications, et le poste de conseiller principal chargé de l'application de la loi n'est comblé que depuis janvier 1993. La position organisationnelle du Secrétariat a changé de nombreuses fois au cours de sa courte histoire. Au début, le Secrétariat était comptable de son activité au sous-ministre de Santé Canada, puis, il a dû rendre des comptes au sous-ministre adjoint de Santé Canada (1992), puis, au sous-ministre adjoint de la Direction générale de la politique et de la consultation (1993), ensuite au sous-ministre adjoint de la Direction générale des programmes et de la promotion de la santé (1994), et maintenant, depuis la dernière réorganisation de cette Direction

générale, au Directeur général d'une nouvelle Direction, qui n'a pas encore de nom officiel; pour la première fois, son directeur exécutif a un pouvoir hiérarchique sur les programmes relevant de la Stratégie antidrogue, et donc sur l'Unité des programmes de l'alcool et des autres drogues de Santé Canada. En dépit de tous ces changements organisationnels, le mandat du Secrétariat est demeuré essentiellement le même, si ce n'est de quelques responsabilités additionnelles reliées à la correspondance ministérielle, aux conseils en matière de politique, à certaines tâches spécifiques de la Direction générale et à la représentation de Santé Canada et de la Stratégie canadienne antidrogue lors de rencontres d'organismes internationaux tels que le Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues et la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues (CILAD). Bien que nombre de ces rôles dévolus au Secrétariat revêtent de l'importance dans le cadre général de l'accomplissement de son mandat, celui-ci, à cause des nouvelles responsabilités qui lui ont été confiées dispose de moins de temps pour remplir sa mission essentielle, voire par période de beaucoup moins de temps.

Localisation

Comme le Secrétariat a été créé par le ministère directeur de la Stratégie canadienne antidrogue, il est on ne peu plus naturel, d'un point de vue historique, que l'organe central de coordination ait son siège à Santé Canada. L'un des défis constants que doit relever le Secrétariat est d'obtenir d'être perçu comme le représentant de la Stratégie canadienne antidrogue, et non de Santé Canada seulement. Il semblerait, si l'on en juge par les rapports à mi-parcours des autres ministères, que le Secrétariat de la SCA est souvent considéré comme un organe qui veille avant tout à défendre les intérêts de Santé Canada uniquement. En dépit de cette perception générale qu'on peut avoir de l'extérieur, il serait faux de conclure que le Secrétariat s'est borné à représenter les intérêts de Santé Canada. Paradoxalement, au sein même de ce ministère, le Secrétariat est souvent vu comme le représentant de groupes de l'extérieur. Ainsi, on entend souvent que le Secrétariat de la SCA est plus représentatif du secteur de l'application de la loi que de celui de la réduction de la demande, qui est pourtant beaucoup plus près de la mission de Santé Canada. Au sein de ce ministère, le Secrétariat est souvent perçu comme l'organe responsable, non de quelque activité menée à bien par le

Ministère, mais de la coordination interministérielle, et de cela seulement.

Le Secrétariat estime que son rôle d'organe de coordination de la Stratégie a été affaibli quand il a été décidé qu'il serait rattaché à l'une des Directions générales hiérarchiques de Santé Canada, soit la Direction générale qui a de lourdes responsabilités à assumer dans le domaine des programmes de prévention relevant de la Stratégie canadienne antidrogue. Voilà pourquoi le Secrétariat de la SCA a de la difficulté à convaincre les autres partenaires au sein de Santé Canada et ailleurs au gouvernement fédéral qu'il agit au nom de l'ensemble de la Stratégie. Il lui est difficile de convaincre les autres ministères qu'il est leur représentant, et non celui de Santé Canada exclusivement; ironiquement, il lui est aussi difficile de convaincre les représentants de Santé Canada qu'il agit en leur nom aussi.

Par ailleurs, le Secrétariat a aussi de la difficulté à se faire accepter comme organe de coordination de l'ensemble de la Stratégie, du moins pour ce qui est d'avoir l'autorité morale voulue pour agir à ce titre. La plupart des rapports ministériels à mi-parcours reconnaissent que le Mémoire au Cabinet confie au Secrétariat le mandat de coordonner la Stratégie, mais consacrent très peu d'espace à la discussion du rôle du Secrétariat. Ces rapports mentionnent souvent le manque de clarté au sujet de ce qui devait être fait sur le plan de la coordination, signalent souvent que le Secrétariat est davantage associé à Santé Canada qu'à l'ensemble de la Stratégie, qu'il est vu davantage comme une source d'information que comme un organe de coordination, tout en signalant qu'il aurait le potentiel voulu pour assurer la coordination de la Stratégie. Fait intéressant, quand un rapport souligne ce potentiel, ce dont il est question c'est de la coordination des programmes, et non seulement des grandes orientations politiques. En fait, le Secrétariat est vu comme un organe bien placé pour déterminer ce qu'il faut faire pour assurer une meilleure complémentarité des programmes et plus de concertation en vue de la réalisation d'objectifs communs.

Rôle mal défini

Le Mémoire au Cabinet ne précisait pas selon quelles modalités le Secrétariat devait assurer la coordination de la Stratégie. La

détermination de ces modalités était laissée aux soins du Secrétariat. Celui-ci devait, de concert avec ses partenaires fédéraux, définir, au-delà des indications générales contenues dans le Mémoire au Cabinet, les objectifs de la Stratégie elle-même. De plus, le Secrétariat de la SCA devait réunir des données, améliorer la promotion et la visibilité de la Stratégie, et coordonner le travail d'évaluation des ministères participants. Cette dernière tâche était dans une large mesure déléguée à la Division de l'évaluation des programmes de Santé Canada, de façon à être menée à bien par un organe jouissant de suffisamment d'indépendance par rapport à la Stratégie elle-même. Comme on peut le constater, chacune de ces tâches additionnelles suppose des efforts de coordination auprès d'autres organismes.

Le Secrétariat de la SCA ne s'est toujours pas taillé de niche claire au sein de la Stratégie canadienne antidrogue. Ainsi, une cause de confusion, notable par sa persistance, est celle qui touche aux rôles respectifs du Secrétariat et du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Cette confusion dure depuis nombre d'années; en dépit des efforts faits par les deux organismes pour clarifier leurs mandats respectifs et ce qui les distingue, la confusion demeure. Ce problème général ne peut que miner la capacité qu'a le Secrétariat d'agir en qualité d'organe de coordination de la Stratégie et que diminuer les avantages que pourraient retirer les Canadiens de la coordination des activités reliées aux drogues des sept ministères que réunit la Stratégie canadienne antidrogue.

Au début de 1993, le Groupe de travail sur l'évaluation a présenté un document de discussion au Secrétariat de la SCA sur les premiers résultats de la Stratégie sur les plans des groupes cibles, de la coordination et de la base d'information (voir l'annexe B). Dans ce document, le Groupe signalait que la coordination était mal assurée, à cause en partie de l'absence d'objectifs clairs en matière de coordination. Le Groupe de travail sur l'évaluation était d'avis que le Secrétariat devait, en collaboration avec les ministères participants, définir des objectifs clairs en matière de coordination. Personne ne savait au juste à quoi devait ressembler le travail de coordination à accomplir dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue, quels buts devaient être visés à cet égard, qui devait participer à la coordination des efforts ou qui, précisément, devait en

assumer la responsabilité . Le soin de préciser ces choses était laissé au Secrétariat de la SCA. En réponse à ce document, le Secrétariat a tenu une série de rencontres bilatérales avec chacun des ministères participants. Dans l'ensemble, les personnes interviewées étaient les membres d'un comité appelé le Comité interministériel pour la Stratégie canadienne antidrogue.

Ces rencontres bilatérales ont révélé que les vues des personnes interrogées n'étaient pas les mêmes, et que donc il y avait divergence de vues parmi toutes les personnes participant à la Stratégie. Entre autres, le Secrétariat de la SCA a demandé aux membres du comité ce qu'ils pensaient du rôle dévolu au Secrétariat dans le cadre de la Stratégie. L'éventail des réponses obtenues était éloquent. Les uns considéraient que le Secrétariat n'avait, à toutes fins utiles, aucun rôle à jouer, tandis que d'autres souhaitaient que le Secrétariat joue un rôle de premier plan et qu'il ait tous les pouvoirs voulus pour gérer la Stratégie et ses ressources. Malheureusement, ces réponses contradictoires ne pouvaient pas aider beaucoup le Secrétariat à déterminer son role dans le cadre de la Stratégie ni à clarifier les attentes des participants au niveau de la coordination. Le Secrétariat a donc jugé que le potentiel de consensus était mince et ses représentants ont décidé d'arrêter là leurs efforts pour éclaircir les choses. La situation n'a pas changé depuis. Au moment de la préparation de ce rapport, le Secrétariat n'avait toujours pas défini d'objectifs de coordination clairs ni préciser le rôle qu'il doit jouer, et ce cinq ans après sa création. Il ne fait aucun doute que cet état de choses a empêché le Secrétariat de remplir ses fonctions de coordination de la façon la plus efficace possible.

Pouvoirs

L'une des raisons souvent invoquées pour expliquer cet état de choses a trait au fait que le Secrétariat ne jouit pas de l'autorité fonctionnelle ou hiérarchique nécessaire pour assurer la coordination des efforts déployés par les différents ministères participants ni même au sein de son ministère hôte, Santé Canada. Toutefois, rien ne permet d'affirmer hors de tout doute que c'est le manque d'autorité fonctionnelle qu'il faut blâmer. Il est possible d'assurer la coordination d'efforts sans avoir l'autorité voulue pour donner des ordres à cet égard. Même si le Secrétariat de la SCA avait un pouvoir fonctionnel sur les partenaires fédéraux que réunit la Stratégie, il est loin d'être

évident qu'il parviendrait, de ce seul fait, à assumer ses fonctions de coordination. Les ministères, après tout, jouissent d'une grande marge de manoeuvre sur les programmes qui relèvent d'eux.

L'autorité fonctionnelle n'est pas une condition essentielle au succès de la coordination, ni une condition suffisante. Ce qui importe en définitive, c'est que les «partenaires» que réunit la Stratégie acceptent les prémisses fondamentales, c'est-à-dire les conditions qu'ils doivent remplir pour travailler ensemble dans le cadre d'une même stratégie, à savoir : que tous les partenaires acceptent un ensemble d'objectifs communs, qu'ils aient une même compréhension de ces objectifs et qu'ils s'entendent sur la façon de les réaliser. Là encore, ces conditions ne sont pas remplies dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue, ce qui explique pourquoi cette dernière se présente dans une large mesure comme un ensemble de programmes distincts reliés les uns aux autres par un même Mémoire au Cabinet.

Autorité morale

Le Secrétariat de la SCA pourrait jouer un rôle important dans la réalisation de ces conditions en exerçant ce que l'on pourrait appeler une forme d'«autorité morale». Tel est le type d'influence qu'un organisme peut avoir grâce à son expertise et à la confiance que les autres organismes et leurs représentants ont en lui. Ni le pouvoir hiérarchique ni le pouvoir fonctionnel ne suffisent, en termes stricts, pour conférer une grande autorité morale. Toutefois, il est essentiel que les mesures appropriées soient prises. Le Secrétariat de la SCA a mis sur pied des comités et des groupes de travail, par le truchement desquels il pourrait exercer une forme d'autorité morale afin d'assurer une meilleure coordination de la Stratégie canadienne antidrogue. Les deux plus importants groupes à cet égard, pour la Stratégie dans son ensemble, sont le Comité interministériel de la Stratégie canadienne antidrogue et le Comité directeur. Néanmoins, le Secrétariat peut emprunter d'autres avenues, comme il l'a déjà fait d'ailleurs, et recourir à des organismes tels que l'Association canadienne des chefs de police et le Comité sur les partenariats des secteurs de la santé et de des services de police. Le travail accompli récemment par le Secrétariat dans ses rapports avec ces deux organismes montre qu'il est vraiment possible pour le Secrétariat d'influencer des organismes et de défendre les intérêts de la Stratégie canadienne antidrogue.

Deux exemples : l'Association canadienne des chefs de police

Il y a deux ans environ, le Secrétariat a fait une présentation sur la Stratégie antidrogue devant le Comité sur l'abus des drogues de l'Association canadienne des chefs de police. Par la suite, le représentant du Secrétariat a été invité à devenir membre de ce Comité, au sein duquel il est maintenant le seul représentant du gouvernement fédéral (exception faite des forces policières fédérales). Le Secrétariat fournit de l'information sur la Stratégie antidrogue et sur les difficultés à surmonter, il offre un soutien financier à l'appui des projets d'éducation de l'Association (vidéos et recherches, par exemple), et il assure la liaison entre le Comité sur l'abus des drogues et les autres corps de police du gouvernement fédéral. Ainsi, le Secrétariat sur le sida de Santé Canada a été mis en contact avec ce Comité par le truchement du Secrétariat de la SCA. Cette mise en contact a débouché sur une meilleure compréhension des liens entre l'application de la loi et le sida, notamment sur les services d'échange de seringues et, en conséquence, sur un meilleur accord entre l'application des lois antidrogue et les objectifs de la Stratégie canadienne antidrogue en matière de réduction des torts. Selon les représentants du Secrétariat qui ont oeuvré auprès de l'Association canadienne des chefs de police, les représentants de cette Association sont très satisfaits de la coordination des efforts qui a ainsi été rendue possible.

La santé et l'application de la loi

Le Secrétariat a lancé, en collaboration avec le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, un projet conjoint sur les partenariats entre les secteurs de la santé et des services de police. Le but visé est de permettre une exploration des formes de collaboration possibles entre les organismes de ces deux secteurs. La méthode utilisée consiste en gros à se renseigner sur les types de collaboration qui existent en vue de faire des recommandations sur les moyens à prendre pour favoriser plus de collaboration encore. L'objectif général visé est de faciliter la collaboration entre les représentants de deux approches à l'égard des problèmes liés aux drogues, collaboration jugée rare par la majorité. Le Secrétariat a créé un comité non subventionné et l'a chargé de surveiller la mise en oeuvre de ce projet. Il a de plus constitué une réserve de ressources pour la mise en oeuvre de petites initiatives. L'Association canadienne des chefs de police dispose d'un siège au Comité sur les partenariats des secteurs de la santé et des services de police. Bien que tout récent, cet effort

proactif de coordination est considéré comme ayant le potentiel voulu pour jeter un pont au-dessus du fossé historique entre deux secteurs d'activité du domaine des toxicomanies, à savoir les secteurs de la santé et des services de police.

Efforts proactifs requis

Jusqu'à ces événements récents, le Secrétariat de la SCA avait toujours hésité à encourager de façon proactive la coordination, tant au niveau des politiques que des programmes ou de la gestion de l'information. Pour illustrer cet état de choses, il suffit de rappeler la façon dont le Secrétariat a réagi à l'échec des rencontres bilatérales avec les membres du Comité interministériel de la Stratégie canadienne antidrogue pour ce qui est de déterminer les objectifs à atteindre sur le plan de la coordination. Plutôt que de poursuivre le travail entamé et de déterminer les objectifs à atteindre et de clarifier son rôle, le Secrétariat a décidé d'abandonner la partie. Dans l'ensemble, plutôt que de jouer un rôle résolument proactif vers une meilleure coordination des efforts, le Secrétariat a choisi de concentrer son action sur l'organisation de rencontres axées sur l'échange d'information sur des activités de programmes en particulier, de chercher à être la «conscience» de la Stratégie ainsi que le représentant de la Stratégie à l'échelon international. Les membres du Comité interministériel semblent avoir endossé ce choix.

Il ne fait aucun doute que ces activités sont valables. Les réunions de comités tels que le Comité interministériel permettent la rencontre de personnes et de groupes qui autrement n'auraient pas de contacts entre eux et qui normalement n'échangent pas d'information. Le niveau de compréhension mutuelle a quelque peu augmenté parmi les participants. Au cours de ces réunions et sur d'autres tribunes, le Secrétariat s'efforce vraiment de faire en sorte que les participants ne perdent pas de vue l'objet central et l'orientation fondamentale de la Stratégie canadienne antidrogue, et il est le porte-parole de l'approche canadienne à l'échelon international. Voilà autant de bons points de départ vers une pleine coordination de la Stratégie canadienne antidrogue. Mais ce ne sont là que des points de départ, et non l'objet ultime des efforts de coordination.

L'échange d'information n'est pas une activité de coordination au sens strict; cette activité est une condition essentielle à l'amélioration de la coordination, mais non une condition suffisante. Tant que la coordination interministérielle demeure essentiellement une affaire d'échange d'information, la Stratégie antidrogue continuera de se présenter avant tout comme un ensemble de programmes indépendants. Le potentiel de renforcement de la coordination, au niveau surtout de l'élaboration des politiques et des programmes, est grand. Par le truchement d'activités comme celles qui sont mentionnées ci-dessus, le Secrétariat de la SCA peut graduellement gagner l'autorité morale voulue pour remplir son mandat en qualité d'organe chargé de coordonner la Stratégie. Il faudra, cependant, que le Secrétariat adopte une approche davantage proactive et que les membres du Comité interministériel et du Comité directeur participent plus activement aux efforts.

IMPUTABILITÉ

Dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue, les structures de reddition de comptes au niveau de la coordination interministérielle ne sont pas clairement définies. Au début de la Phase II, il n'y avait littéralement aucun organisme «responsable» de la Stratégie dans son ensemble. Et jusqu'à la fin de 1994, aucun comité ni aucun organisme n'avait, au sein de la Stratégie, le mandat et le pouvoir d'assurer la coordination interministérielle. En conséquence, pendant la majeure partie de la Phase II, il a incombé au Secrétariat de la SCA de veiller à assurer la coordination interministérielle, tâche peu enviable, pour laquelle il ne disposait pas des ressources voulues, et qu'il devait mener à bien dans un contexte où il ne pouvait compter sur aucune tradition en matière de coordination.

Le Secrétariat de la SCA est gêné dans l'accomplissement de son mandat en matière de coordination, non seulement par l'absence de pouvoir hiérarchique, mais aussi par l'absence de structure de reddition de comptes claire au regard de la Stratégie canadienne antidrogue considérée comme un tout. Sauf pour ce qui est de l'évaluation interministérielle, aucune modalité de reddition de comptes n'est en place pour l'ensemble de la Stratégie. Bien sûr, toutes les exigences normales en cette matière au sein de chaque ministère s'appliquent aussi à la Stratégie, mais aucun mode de reddition de comptes interministériel n'est en place à l'égard de l'évaluation du rendement ou de l'atteinte des objectifs de la

Stratégie. Le Secrétariat de la SCA n'a pas de rôle à jouer à cet égard, si ce n'est de se présenter comme la «conscience» de la Stratégie et d'encourager les partenaires à adopter une approche interministérielle coordonnée à l'égard des programmes relevant de la Stratégie. Là encore, on doit préciser qu'aucun organisme n'est «responsable» de la Stratégie canadienne antidrogue considéré comme un tout. Il n'y a que des organismes responsables des divers éléments composant ce tout.

Voilà pourquoi rien ne permet d'affirmer que la Stratégie canadienne antidrogue doit, en qualité d'initiative globale, atteindre les objectifs de réduction des torts sommairement énoncés dans le Mémoire au Cabinet. Les ministères ont chacun leurs propres responsabilités à assumer, mais ils n'ont pas un sentiment de partager une même responsabilité à l'égard de la réalisation des objectifs globaux de la Stratégie et d'être solidaires à cet égard. Il n'est donc pas surprenant que les préoccupations ministérielles prennent le pas sur les préoccupations touchant à la Stratégie dans son ensemble. Les initiatives interministérielles comportent un sérieux problème au niveau de leur conception même.

Deux comités

Pour accomplir son mandat et répondre aux attentes à l'égard de la Stratégie canadienne antidrogue, le Secrétariat pourrait exploiter les possibilités offertes par deux comités qui comptent des représentants de tous les partenaires fédéraux de la Stratégie et qui ont le potentiel voulu pour agir en qualité d'organe de coordination et de reddition de comptes. Le premier est le Comité interministériel de la Stratégie canadienne antidrogue. Ce comité a été créé en 1993 par le Secrétariat de la SCA. Ses membres sont des gestionnaires de programmes de chacun des ministères participants. Au départ, il devait jouer un rôle de coordination au niveau des programmes, mais il n'est pas parvenu jusqu'ici à jouer ce rôle avec succès, bien qu'il en ait la capacité. Ce Comité se réunit rarement. Sa dernière réunion, qui remonte à novembre 1994, a consisté surtout en échange d'information, celle-ci étant essentiellement fournie par les représentants du Secrétariat. La participation des autres membres est généralement minime. Comme l'ordre du jour des rencontres se limite à des échanges d'information, le potentiel de ce Comité comme organe de coordination des activités de programme, de l'élaboration des programmes ou de l'établissement des politiques reste à déterminer et non exploité. Certains membres

se sont dits déçus que le Comité ne soit pas aussi efficace qu'il pourrait l'être pour ce qui est de coordonner les efforts des partenaires fédéraux que réunit la Stratégie antidrogue.

L'autre organisme qui pourrait jouer un rôle d'organe de coordination des activités des ministères est le Comité directeur interministériel, qui se compose des sous-ministres adjoints responsables des programmes mis en oeuvre par les sept ministères participant à la Stratégie ainsi que de représentants de la Direction générale des programmes du Conseil du Trésor. Ce Comité, qui a vu le jour en 1992, a reçu un mandat exclusivement axé sur l'évaluation. Toutefois, comme aucun comité réunissant des cadres supérieurs n'était chargé de gouverner la Stratégie elle-même, la Division de l'évaluation des programmes de Santé Canada et le Secrétariat de la SCA ont décidé, de concert, d'élargir le mandat du Comité directeur, de façon à ce qu'il inclue la direction de la Stratégie, plutôt que seulement son évaluation. Le Comité a attendu la fin de 1994 pour adopter son nouveau mandat, dont les grandes lignes sont les suivantes :

- tenir des rencontres pour discuter des questions d'importance pour l'ensemble de la Stratégie, en ce qui a trait plus particulièrement à la coordination des activités et à la détermination des priorités;

- en collaboration avec le Secrétariat de la SCA, fixer des objectifs de coordination et déterminer les moyens à prendre pour les atteindre;

- veiller activement à encourager et à appuyer le renforcement de la coordination de la Stratégie canadienne antidrogue, afin d'en améliorer l'efficacité globale et la rentabilité;

- en collaboration avec le Secrétariat de la SCA, s'efforcer de résoudre les conflits ou les divergences de vues entre les partenaires que réunit la Stratégie;

- en collaboration avec le Secrétariat de la SCA, préparer le Mémoire au Cabinet en vue du renouvellement de la Stratégie canadienne antidrogue en 1997.

Ce nouveau mandat pourrait marquer un pas important vers une meilleure coordination de la Stratégie. Reste à déterminer, toutefois, dans quelle mesure le Comité pourra s'en acquitter de façon efficace.

AUTRES ACTIVITÉS DE COORDINATION DU SECRÉTARIAT

Sur le plan de la coordination, le Secrétariat a surtout agi au niveau interministériel, mais il a aussi mené à bien des activités présentant un intérêt particulier pour Santé Canada, son ministère hôte. À cet égard, il a notamment organisé un atelier sur les jeunes marginaux auquel ont participé des représentants de la Direction générale des programmes et des services de santé et d'organismes de l'extérieur du gouvernement fédéral, et il a participé à diverses rencontres et conférences organisées par d'autres organismes. L'examen signale que l'activité du Secrétariat sur le plan de la coordination a été rehaussée au cours des derniers mois. Ainsi, le Secrétariat s'est occupé, en collaboration avec des représentants de la Stratégie antidrogue de chacune des directions générales et des représentants d'initiatives connexes comme la Stratégie nationale sur le SIDA et l'Initiative en matière de violence familiale, de préparer une prise de position ministérielle sur le concept vague et controversé de la «réduction des torts».

Nouveau texte législatif

Le projet de loi C-7, *Loi sur les substances contrôlées*, a fourni au Secrétariat de la SCA une nouvelle occasion de jouer son rôle d'organe de coordination au sein de Santé Canada. Ce projet de loi, dont la longue histoire remonte bien avant la création de la Stratégie canadienne antidrogue (Phase I), demeure un sujet de controverse et a fait l'objet de nombreuses modifications. Afin de faire connaître au Comité parlementaire le point de vue de Santé Canada sur quelques-unes des questions soulevées récemment, le Secrétariat a veillé au cours des six derniers mois à réunir des représentants de la Stratégie antidrogue de chacune des directions générales de Santé Canada ainsi que des représentants des stratégies connexes, notamment la Stratégie nationale sur le SIDA, le but visé étant d'obtenir un consensus sur différents aspects du projet de loi lui-même ainsi que sur ses conséquences sur le plan politique. On doit souligner que le Secrétariat a travaillé pour le compte des autres ministères fédéraux en les tenant informés de l'évolution du débat sur le projet de loi.

Les communications : un autre aspect de la coordination

Le Mémoire au Cabinet décrivait la Stratégie canadienne antidrogue, Phase I, comme le secret le mieux gardé en ville et chargeait le Secrétariat d'en augmenter la visibilité. Pour mener à bien cette tâche, le Secrétariat a estimé qu'il devait agir sur trois fronts, à savoir auprès du grand public, auprès des partenaires fédéraux et auprès des ministres des ministères participants. Le directeur des communications a accordé la priorité aux communications au sein du gouvernement et il a prévu de mettre l'accent sur les communications externes quand les communications à l'interne auront été améliorées. On veut ainsi, entre autres, s'assurer que les messages diffusés au public par les ministères sont les mêmes.

Le Secrétariat estime qu'il importe que tous les partenaires fédéraux aient une bonne compréhension de la contribution de chacun d'entre eux à la Stratégie canadienne antidrogue et que tous les ministres partagent cette compréhension. À cette fin, le Secrétariat a créé le Groupe de travail interministériel sur les communications, qui est chargé de :

- veiller à l'échange d'information et concevoir des activités de communication à l'appui de la Stratégie;
- coordonner la participation des ministres et des ministères à la Semaine de sensibilisation aux drogues;
- offrir une tribune pour la détermination des sujets de préoccupation communs;
- surveiller et évaluer les activités de communication relatives à la Stratégie canadienne antidrogue.

Parmi les produits de communication publiés par le Secrétariat, on peut mentionner le document intitulé «**La Stratégie canadienne antidrogue : Phase II, situation actuelle**», qui décrit les activités de chacun des ministères participants, ainsi que le logo qui figure sur toutes les publications sans égard au ministère dont elles émanent. Le Secrétariat a veillé à intégrer un volet communications aux activités de planification de programmes, afin de s'assurer, par exemple, que les collectivités qui bénéficient de services financés dans le cadre de la Stratégie sachent d'où viennent les fonds. Dans ses plans, le Secrétariat envisage d'axer davantage son action sur des activités de communication visant à promouvoir la Stratégie auprès du grand public.

Pas de rôle au niveau des programmes

Chose certaine, ce type de coordination assurée par le Secrétariat de la SCA est important. Il s'agit avant tout d'un concept qui s'applique aux politiques et aux lois, et non à l'élaboration des programmes. Le Secrétariat a été moins proactif pour ce qui est de coordonner les programmes élaborés par les différents ministères. On peut se demander pourquoi. Il est possible que ce soit en partie à cause de l'opinion, largement répandue, selon laquelle le Secrétariat ne doit jouer aucun rôle au niveau des programmes. En d'autres termes, il semble qu'on ait conclu que le Secrétariat devait, à toutes fins utiles, se contenter d'inviter des représentants aux rencontres du Comité interministériel. Comme on peut voir, il y a opposition à ce que le Secrétariat joue un rôle plus déterminant au niveau de la coordination des programmes.

Ce raisonnement est curieux, toutefois. Si le Secrétariat de la SCA doit coordonner l'activité des sept ministères, il doit en conséquence coordonner les programmes offerts par ces derniers. Or, la Stratégie est d'abord et avant tout un ensemble de programmes et la coordonner revient grosso modo à coordonner les programmes qui la composent. On pourrait rétorquer à ces opposants que le Secrétariat est bien placé pour cerner les secteurs d'activité qui se prêtent à une action coordonnée, comme la prestation directe de programmes, la gestion de l'information ou la conception de programmes. Le Secrétariat a ou peut avoir une vision claire de ce que font tous les partenaires que réunit la Stratégie, vision qu'aucun des partenaires ne peut avoir. Parce que sa perspective est large et globale, le Secrétariat est mieux placé que les autres pour faciliter la coordination non seulement des politiques, mais aussi de la conception et de la mise en oeuvre des programmes.

POTENTIEL DU SSCA

Rien ne permet de penser que les raisons qui ont justifié au départ la création du Secrétariat de la SCA ne sont plus valides. En fait, les expériences faites dans le cadre d'initiatives fédérales pluriministérielles renforcent l'idée selon laquelle il est valable de créer des organismes spéciaux chargés d'assurer la coordination interministérielle, de veiller aux communications ainsi qu'à la collecte de données ou à la gestion de l'information. Le gouvernement fédéral a relativement peu d'expérience dans le domaine de la gestion et de la prestation d'initiatives pluriministérielles, et il n'est pas surprenant que des

organes interministériels comme le Secrétariat de la SCA aient de la difficulté à exécuter leur mandat. Il s'agit d'organismes nouveaux qui doivent assumer des responsabilités nouvelles pour eux comme pour les ministères qu'ils desservent. Toutefois, en dépit de la difficulté indéniable de la tâche, il demeure décevant que les responsables de la Stratégie canadienne antidrogue, le Comité interministériel, Santé Canada et le Secrétariat de la SCA n'aient pas encore réussi à donner une image claire de ce qu'est ou devrait être une stratégie antidrogue bien coordonnée.

Le potentiel du Secrétariat de la SCA, pour ce qui est de conférer une valeur ajoutée à la Stratégie et d'en augmenter la rentabilité, est réel et il a commencé à être exploité de façon rentable au cours des derniers mois. Ce potentiel n'est pas pleinement exploité, pour les raisons mentionnées ci-dessus et expliquées dans les prochains chapitres. Toutefois, sans un organisme tel que le Secrétariat de la SCA, il est très peu probable que les avantages attendus du regroupement des programmes fédéraux en matière de toxicomanie au sein d'une même initiative seraient obtenus de toute manière. Pour réaliser une coordination interministérielle efficace, il faut qu'un organisme soit expressément chargé de cette tâche. Rappelons toutefois qu'il ne suffit pas de créer un tel organisme. Il faut aussi que les ministères participants soient déterminés à assurer la coordination de leurs propres programmes avec ceux des autres et à accepter que le Secrétariat joue un rôle en facilitant les efforts de coordination. En conséquence, la coordination de la Stratégie est une responsabilité que doivent en définitive assumer tous les partenaires.

Chapitre 3
Groupes cibles visés

La répartition des fonds entre la prévention, l'application de la loi et les traitements est-elle appropriée?

La Stratégie canadienne antidrogue a été conçue pour être une initiative globale et équilibrée, soit deux qualités devant favoriser l'efficacité. Dans une large mesure, l'équilibre recherché est celui qui doit s'établir entre les activités décrites sommairement comme axées sur la réduction de la demande et comme axées sur la réduction de l'offre, parce que l'on présume qu'avant la Stratégie antidrogue, il y avait trop peu d'efforts fédéraux de réduction de la demande dans le secteur des toxicomanies. Dans le cadre de la Stratégie nationale antidrogue (1987-1992), les fonds étaient en gros répartis comme suit : 70 % allaient à la réduction de la demande, et 30 % aux efforts de contrôle de l'offre. Selon le Mémoire au Cabinet, cette proportion a changé au cours de la Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue, dans le cadre de laquelle 40 % des fonds sont allés à la réduction de l'offre et 60 % à la réduction de la demande. La principale raison à l'origine de ce changement a été la création, au cours de la Phase II, des Unités antidrogue intégrées.

SCA : globale et équilibrée?

La Stratégie est globale en ce sens qu'elle incorpore les trois principaux secteurs d'activité du domaine des toxicomanies, à savoir la prévention (réduction de la demande), les traitements (réduction de la demande) et l'application de la loi (réduction de l'offre). En dépit de l'usage populaire, il n'y a pas de distinctions conceptuelles tranchées entre ces types d'activité. L'application de la loi ne se limite pas à réduire l'offre de substances psychoactives sur le marché noir par le biais de saisies, mais vise aussi, grâce à l'effet de dissuasion produit, à réduire la demande de ces substances. Quant aux activités de prévention, elles consistent souvent à sensibiliser les gens aux lois qui régissent les drogues et l'alcool dans l'espoir que ces

efforts auront un effet dissuasif sur la consommation et sur la participation aux activités illégales liées à l'offre de drogues. Les traitements, enfin, sont souvent considérés comme le secteur de la prévention tertiaire et ils font parfois partie de la peine imposée aux délinquants qui ont enfreint les lois sur l'alcool et les drogues. Les frontières entre ces trois domaines ne sont pas étanches, mais nous les respecterons ici parce qu'elles sont habituelles. Toutefois, le fait que les frontières soient floues permet de penser que les programmes fédéraux en matière de drogues pourraient facilement être regroupés au sein d'une initiative interministérielle coordonnée.

Les questions clés sont simples. Quel est le moyen le plus efficace et le plus rentable d'atteindre l'objectif du Canada en matière de réduction des torts causés aux personnes, aux familles et aux collectivités par la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives? Quelle forme devrait avoir ce programme trans-ministériel et multi-sectoriel pour être le plus efficace possible? En dépit de l'absence de frontières bien nettes entre les secteurs de la réduction de la demande et de la réduction de l'offre et en dépit du fait que seul un même objectif cimente les différents éléments de la Stratégie canadienne antidrogue, il reste que les groupes et établissements qui offrent des programmes liés à l'alcool et aux drogues fonctionnent souvent comme si des frontières étanches les séparaient. Voilà pourquoi la Stratégie canadienne antidrogue, plutôt que d'être conçue sur la base d'un même politique nationale en matière d'alcool et de drogues, est le résultat de l'évolution des programmes qui ont vu le jour au Canada au fil du temps et d'une tradition qui a été marquée par la création de programmes de réduction de la demande et de réduction de l'offre à différents moments et par différents organismes.

Une tradition qui évolue

Au Canada, les programmes en matière d'alcool et de drogues ont commencé à se répandre quand les mesures d'applications de la loi ont commencé à inclure une composante traitement, et, plus récemment, une variété d'activités de prévention comprenant des efforts d'éducation, de marketing social, de développement communautaire et de réglementation des produits. Souvent, ces activités ont été le fait de nouveaux organismes expressément créés à cette fin. Rarement, elles se sont accompagnées de changements dans les organismes existants, en ce sens qu'on aurait réduit un type d'activités pour

en lancer un autre sous prétexte que des efforts plus globaux et équilibrés donneraient de meilleurs résultats. En fait, l'évolution dans le secteur des toxicomanies s'est faite à la faveur de l'addition de nouveaux programmes de tous genres offerts par un nombre de plus en plus grand d'organismes à mesure que les théories changeaient et que les connaissances augmentaient. Bien qu'on puisse invoquer une cause commune pour décrire l'action de ces organismes, il serait exagéré de dire qu'ils forment un front commun. L'un des plus récents faits marquants dans l'histoire des programmes en matière de toxicomanie est l'attaque contre le recyclage des produits de la criminalité. Ces efforts sont des moyens indirects de contrôler l'offre de drogues puisqu'ils ont pour objet de décourager la criminalité liée aux drogues en éliminant les profits.

Dans le domaine des toxicomanies, il n'y a pas de science exacte qui permette d'énoncer des lignes directrices claires sur les types de programmes qu'il sied de financer ou sur la meilleure combinaison possible de programmes. On ne peut donc pas trancher de façon définitive la question de la meilleure répartition possible des fonds alloués dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue. On ne sait tout simplement pas maintenant quelle sera demain la façon optimale de répartir les fonds entre la prévention, les traitements, l'application de la loi et les autres types possibles de programmes qui pourront voir le jour. Selon l'opinion répandue de nos jours, personne ne peut être efficace seul; mais on ne sait pas dans quelle mesure les programmes peuvent donner de meilleurs résultats s'ils sont combinés les uns aux autres, avec ou sans coordination des efforts.

En 1995, nous avons jugé utile de réduire les peines dans les cas d'infractions mineures liées aux drogues. Le raisonnement derrière ce genre d'optique est souvent similaire à celui exprimé au début des années 1970, à l'époque de la Commission LeDain, bien que la formulation utilisée de nos jours soit axée sur la réduction des torts. Les arguments invoqués sont difficiles à évaluer à cause du peu d'information dont on dispose sur les conséquences de l'adoption d'une approche très différente à l'égard des problèmes liés à l'alcool et aux drogues. Chose certaine, il y a des problèmes à régler et les responsables, à l'intérieur comme à l'extérieur du gouvernement, veulent les résoudre. Toutefois, on ne sait pas si quelqu'un a des solutions

qui peuvent représenter une amélioration sensible par rapport au statut quo, et ce en dépit des lacunes actuelles, attestées par la pérennité des problèmes liés aux drogues dans la société canadienne.

Besoin de plus d'information?

Il est tentant de répondre que si plus de recherches étaient effectuées, il serait sans doute possible de faire des choix vraiment rationnels en ce qui a trait aux fonds à allouer aux programmes en matière d'alcool et de drogues. Il faudra entreprendre des recherches importantes afin de déterminer l'efficacité relative des programme axés directement sur l'alcool et les drogues et sur la question plus large des facteurs à l'origine des problèmes liés à l'alcool et aux drogues. La recherche sur les déterminants de la santé et sur les comportements en matière de santé en est encore aux premiers balbutiements. Il est difficile d'imaginer qu'on disposera bientôt de suffisamment d'information pour prendre des décisions tout à fait sûres concernant les programmes qu'il faut offrir pour lutter contre les problèmes liés à l'alcool et aux drogues. Reste à espérer que l'évaluation finale pourra apporter des éclaircissements utiles.

Dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue, Phase II, 37 programmes fédéraux sont financés. Parmi ces derniers, 21 peuvent être rangés dans le secteur de la prévention, 18 dans celui de l'application de la loi et des mesures de contrôle, et 7 dans celui des traitements. (Certains programmes regroupent des composantes de différents secteurs).

Alcool, médicaments de prescription, drogues de la rue : comment cibler les efforts

La Stratégie canadienne antidrogue vise l'alcool et les substances psychoactives assujetties à la *Loi sur les stupéfiants* et à la *Loi sur les aliments et drogues*, Parties III et IV, ainsi que certaines autres substances telles que les stéroïdes anabolisants et les solvants. Sont exclus le tabac, les médicaments en vente libre et les médicaments non psychoactifs. La question qui se pose est la suivante : Est-ce que l'attention et les fonds accordés aux substances autres dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue sont suffisants?

On peut décider que les ressources qui seront allouées aux programmes seront fonction de la gravité relative des problèmes associés à la substance visée, toutes choses étant égales par ailleurs. En 1987, le comité permanent de la santé nationale et

du bien-être social de la Chambre des communes a indiqué que l'alcool était la drogue la plus largement consommée de façon abusive au Canada ainsi que la substance la plus dommageable, si l'on en juge par la prévalence des maladies, des décès prématurés, des accidents, des cas de familles désunies, des actes de violence et des autres problèmes sociaux et personnels liés à sa consommation. (Boisson, pilules et drogue: comment diminuer leur consommation au Canada, p. 1). En 1991, le Secrétariat de la SCA a mené à bien une série de consultations à travers le Canada en préparation du renouvellement de la Stratégie. Les personnes consultées ont indiqué que le principal problème dans leur région était l'abus de l'alcool et que plus d'initiatives visant à résoudre ce problème étaient requises. (Stratégie canadienne antidrogue - Consultations 1991, p.2). Dans sa publicité, le Secrétariat de la SCA affirme que l'abus d'alcool est le problème de toxicomanie le plus important au Canada. Il estime que le deuxième problème en importance est celui des médicaments de prescription consommés à mauvais escient. Vient ensuite le problème lié aux drogues de la rue, suivi par le problème émergent de l'abus des stéroïdes. En dépit de cet ordre de priorité, il semble que, dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue, l'accent soit mis sur les drogues de la rue, et ce surtout parce que les efforts d'interdiction visent avant tout ces drogues.

La proportion des programmes qui portent sur les drogues de la rue ne correspondrait pas à l'ordre de priorité des problèmes liés à ces substances dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue. En tout, la Stratégie regroupe 37 programmes (selon le Mémoire au Cabinet). De ce nombre, 35 visent les drogues de la rue, 18 les problèmes liés à l'alcool et 13, du moins en partie, les médicaments de prescription. (Certains programmes visent plus d'un type de drogues).

POPULATIONS CIBLES

Le Mémoire au Cabinet n'imposait pas à la Stratégie canadienne antidrogue des populations cibles en particulier; néanmoins, il indiquait clairement que les programmes devaient être dirigés davantage vers des groupes à haut risque, tels que les jeunes de la rue, les décrocheurs, les autochtones vivant hors réserve, les chômeurs, les ainés, les femmes, les personnes qui prennent le volant après avoir bu et les membres de familles perturbées qu'ils ne l'étaient au cours de la Phase I. Certains programmes de la Stratégie canadienne antidrogue ne se prêtent pas

facilement à une restriction de ce genre. Ainsi, les laboratoires de Santé Canada analysent des échantillons de drogue pour le compte des forces policières afin de faciliter les poursuites en justice et certains types d'enquêtes. Ces laboratoires doivent analyser les échantillons qui leur sont envoyés par la police. Ils ne peuvent limiter leur activité à certains types d'échantillons ou à ceux qui leur sont soumis par certains corps de police en particulier. Les laboratoires de Santé Canada sont les seuls à offrir ce genre de service au Canada. Aussi la question du choix des groupes cibles ne se posent pas pour eux; et on pourrait fournir d'autres exemples d'activités auxquelles la nouvelle directive concernant la nécessité de mieux cibler les efforts ne s'applique pas.

Quoi qu'il en soit, ce changement de cap en faveur des sous-populations à haut risque représente un virage important. Au cours de la Phase I, la Stratégie antidrogue visait l'ensemble de la population; on croyait, en effet, qu'il valait mieux que les efforts du gouvernement visent à empêcher les non-consommateurs de devenir des consommateurs et les non-toxicomanes de devenir des toxicomanes et à renseigner le public. La Phase II est marquée par un recul de la prévention primaire en faveur d'efforts concertés pour trouver des solutions aux problèmes des populations à haut risque, y compris les personnes déjà aux prises avec de graves problèmes de consommation de substances psychoactives. Cette décision a dans une large mesure été prise sur la base des consultations menées auprès des provinces en 1991 par le Secrétariat de la SCA. Toutefois, ce changement ne s'est pas opéré sans controverse; un certain nombre de provinces et de groupes d'intérêt continuent de penser qu'il est plus efficace de viser l'ensemble de la population et, si l'on en croit certains, de le faire dans le but de promouvoir l'abstinence plutôt que dans le but de réduire au minimum les torts. Ce rapport ne peut ni entériner ni réfuter la décision prise concernant la nécessité de mieux cibler les programmes. Il reste à espérer que l'évaluation finale permettra d'entamer une réflexion sur ce point à mesure qu'on disposera de plus de données sur les tendances de la consommation et les torts causés ainsi que sur d'autres indicateurs de l'efficacité des programmes.

AUTRES STRATÉGIES

La Stratégie canadienne antidrogue n'est pas la seule stratégie dans le cadre de laquelle des programmes sont offerts aux personnes à risque sur le plan de la santé et du bien-être. D'autres stratégies fédérales interministérielles, telles que l'Initiative en matière de violence familiale et la Stratégie nationale sur le SIDA, visent des populations à haut risque. Il n'est pas rare qu'il y ait chevauchement au niveau des populations visées, et que les mêmes groupes soient les cibles de différents programmes et stratégies. Selon la structure actuelle des programmes mis en oeuvre dans le cadre de la plupart de ces initiatives interministérielles, ce sont les problèmes décelés qui viennent au premier rang des préoccupations, l'intérêt accordé aux sous-populations rangeant ces dernières au second rang. En d'autres termes, on commence par décider de s'attaquer à un problème, après quoi on cible des sous-populations spécifiques qui souffrent de ce problème. Toutefois, dans le cadre d'une approche axée sur les déterminants de la santé adoptée par Santé Canada, on pourrait choisir d'avoir pour cible des populations en particulier, étant donné qu'il est bien connu que certains groupes sont aux prises avec un large éventail de problèmes de santé. Cette remarque soulève une importante question au sujet de l'orientation des politiques, mais cette question déborde le cadre de la présente étude. La question qui se pose est la suivante : faut-il définir les stratégies interministérielles en fonction des problèmes à régler ou en fonction des sous-populations aux prises avec de multiples problèmes? Des éléments de réponses sont fournis plus loin dans le présent rapport.

Chapitre 4
Information

CONTEXTE

Dans le cadre d'évaluation de 1992, l'information était reconnue comme l'un des quatre mécanismes pouvant permettre d'améliorer les programmes rattachés à la Stratégie canadienne antidrogue. Cette place accordée à l'information est appropriée en temps de compressions budgétaires. Le gouvernement n'est plus capable de favoriser la mise en oeuvre des programmes en se contentant à toutes fins utiles de majorer les budgets. Il doit plutôt veiller à améliorer le choix des groupes cibles et la coordination des programmes ainsi que les modes de regroupement et d'utilisation de l'information. L'accès à de l'information juste est une condition qui doit être remplie si l'on veut être à même d'élaborer des politiques, de concevoir des programmes, de choisir les groupes cibles et de coordonner les programmes. Cette condition à toujours été essentielle à la prise de décisions rationnelles; maintenant, elle est essentielle à la prestation de services de la façon la plus rentable possible. Cette optique s'accorde bien avec l'accent que met actuellement le gouvernement sur la prise de décisions fondées sur des données, en ce qui a trait plus particulièrement à l'élaboration des macro-politiques, à la détermination des priorités et à l'affectation des ressources.

Secrétariat de la SCA

Dans le Mémoire au Cabinet, on signalait qu'il fallait réunir de l'information qui permette de déterminer dans quelle mesure la Stratégie canadienne antidrogue est mise en oeuvre avec succès et on confiait au Secrétariat le mandat de colliger les données nécessaires aux fins de l'élaboration de politiques, de la conception de programmes et des activités d'évaluation. En consultation avec le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies et d'autres partenaires au sein de la Stratégie, le Secrétariat a choisi de financer les projets ci-après, qui devaient

chacun fournir de l'information essentielle à la réalisation des objectifs de la Stratégie canadienne antidrogue :

1. Projet visant à constituer une base de données épidémiologiques sur l'alcool et les drogues. Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies mène à bien ce projet qui vise à améliorer les données épidémiologiques sur les drogues et, en conséquence, à faciliter la planification de politiques et de programmes tant au niveau national que local. Participent aussi à ce projet le Secrétariat, l'Unité des programmes de l'alcool et des autres drogues, le PNRDS, la GRC, certains représentants provinciaux et des universitaires. Les données qui seront recueillies devraient faciliter le travail d'évaluation dans ce secteur.

2. Projet visant à mettre au point un modèle de collecte de données sur les coûts économiques des torts causés par les drogues. Ce projet, de portée internationale, est aussi mené à bien par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Il doit inclure une série d'ateliers à compter de l'automne de 1995. Les coûts économiques comptaient parmi les torts causés par les drogues signalés dans le cadre d'évaluation, là où il était question de l'objectif général de réduction des torts de la Stratégie canadienne antidrogue.

3. Projet visant à coordonner les résultats des recherches sur les drogues effectuées au Canada et aux États-Unis. Le Secrétariat de la SCA gère un contrat. Le but de ce projet est de maximiser les avantages pour le Canada des recherches sur les drogues effectuées à l'étranger, et plus spécialement aux États-Unis.

4. Projet visant à mettre au point un système de collecte de données relatives aux drogues recueillies dans les urgences des hôpitaux ; les données actuelles de Statistique Canada sur la morbidité n'incluent pas les cas traités dans les

urgences, quand il n'y a pas d'hospitalisation subséquente.

Le Secrétariat de la SCA a entamé un processus de consultation des partenaires que réunit la Stratégie afin de déterminer les besoins en données. Les projets ci-dessus sont le résultat de ce processus.

Rapports des ministères

Chaque rapport ministériel inclut une section sur l'information. Bon nombre citent des projets en matière d'information qui ont été rendus possibles grâce à l'aide financière obtenue dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue. Néanmoins, certains ministères ont indiqué que la Stratégie ne s'était traduite par aucune différence dans l'information produite ou dans les modes de gestion ou d'utilisation de l'information. Il est souvent fait mention de deux produits du Secrétariat de la SCA, soit le «Livre bleu» (recueil périodique où l'on trouve une description d'une à deux pages de chacun des programmes financés par la Stratégie) et «Stratégie canadienne antidrogue - Phase II, situation actuelle» (synopsis décrivant, ministère par ministère, les activités entreprises dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue). Certains ministères ont mentionné les rencontres du Comité interministériel au cours desquelles les ministères ont pu échanger de l'information.

Fait à signaler, on ne trouve dans ces rapports aucune mention d'activités en matière d'information touchant l'ensemble de la Stratégie, de projets d'information menés à bien conjointement par différents ministères ou pour le compte de programmes relevant de plus d'un ministère, des besoins en information pour l'ensemble de la Stratégie ou d'un plan de collecte, de préparation et de diffusion de données. Même les projets d'information spéciaux entrepris par le Secrétariat et mentionnés ci-dessus sont passés sous silence dans tous les rapports, sauf un (celui de Santé Canada).

Dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue, aucune évaluation systématique et coordonnée des besoins n'a été menée à bien. Dans la plupart des cas, les activités de collecte de données concernent un programme en particulier, et force est de reconnaître que la tâche est considérable. Ce qui semble manquer, toutefois, c'est une mise en rapport des besoins en information de la Stratégie canadienne antidrogue, des données

et (ou) de l'information effectivement produites et, enfin, de l'utilisation de cette information aux fins de la prise de décisions. En termes plus généraux, ce qui semble manquer, c'est un plan qui permette d'intégrer la production et l'utilisation de l'information, d'une part, et les objectifs de la Stratégie canadienne antidrogue. Ce problème est une manifestation du manque général de coordination interministérielle dont souffre la Stratégie, d'autre part.

Aucun plan de gestion de l'information

La Phase I de la Stratégie incluait une évaluation des besoins en données. Un document sur le système d'information sur les substances psychoactives a été produit, mais il semble qu'on en a fait peu de cas. Bien qu'il ait servi de point de départ aux consultations susmentionnées, ce vieux document n'a pas été utilisé ni remplacé au cours de la Phase II. Si on n'a pas une idée claire des données requises, pour quelle raison et par qui, les responsables de la Stratégie risquent de prendre des décisions fondées sur de l'information insuffisante ou de gaspiller de l'argent à produire des données qui ne sont pas nécessaires ou qui ne seront pas utilisées parce que mal diffusées ou mal présentées, et de multiplier inutilement les efforts.

L'existence de ces problèmes est partiellement reconnue. Ainsi, la Direction de la promotion de la santé et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies ont tenu en 1993 des ateliers visant à déterminer l'utilité de l'Enquête nationale sur l'alcool et les drogues. Ces ateliers ont permis d'apprendre, entre autres, qu'une bonne part des données émanant de cette Enquête ne correspondaient pas aux besoins en information des prestateurs de programmes, étaient difficiles ou impossibles à obtenir, paraissaient réservées à l'usage exclusif des chercheurs universitaires et étaient soumises à une analyse peu utile pour les décideurs. Bref, l'Enquête fournissait de l'information pertinente pour les chercheurs universitaires, mais moins utile pour le gouvernement. Cette lacune devrait être corrigée dans la prochaine enquête, soit l'Enquête sur l'alcool et les drogues au Canada.

L'expérience acquise dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue montre qu'il est nécessaire d'améliorer la gestion des connaissances et de l'information. Les besoins sont les suivants :

- une compréhension coordonnée de l'information dont Santé Canada a besoin pour élaborer des politiques et des textes législatifs ainsi que pour concevoir et mettre en oeuvre des programmes;
- un plan coordonné de production de cette information à l'intention du Ministère dans son ensemble, plutôt que pour chaque programme en particulier;
- un moyen d'assurer que les résultats de la collecte et de l'analyse des données sont utilisables par les décideurs;
- un moyen de faciliter l'utilisation rentable de cette information par les décideurs.

On peut citer quelques exemples de processus de prise de décisions qui semblent ne pas tirer pleinement avantage de l'information disponible. Un bon exemple est celui de la législation élaborée pour remplacer la *Loi sur les stupéfiants* et les Parties III et IV de la *Loi sur les aliments et drogues*. Cette législation, qui aura une incidence sur tous les partenaires de la Stratégie canadienne antidrogue, n'a pas été soumise à une véritable consultation de tous les partenaires de la Stratégie et du Secrétariat de la SCA, ce qui permet de penser qu'elle n'a pas été élaborée sur la base de toute l'information pertinente. Ce commentaire ne porte pas ombrage à la législation qui a été élaborée, et qui est encore à l'étape de projet, mais remet en cause le processus qui a présidé à son élaboration et qui s'est étalé sur quelques années.

On ne sait pas trop comment la Stratégie canadienne antidrogue utilise l'énorme masse de données et d'informations disponibles dans le domaine des toxicomanies. Il n'est pas évident que la Stratégie antidrogue a été élaborée sur la base des données que détient la GRC ou Douanes Canada ou la Direction générale de la protection de la santé, des données d'enquête que possède la Direction générale des programmes et des services de santé ou de l'information que conserve le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. De la même façon, on ne sait pas au juste comment cette information est utilisée aux fins de la conception de programmes ou de l'élaboration de politiques.

On peut, toutefois, citer des exemples de bons échanges d'information, en dépit du manque de plan ministériel en matière d'information. Les efforts concertés déployés à l'intention des autochtones vivant hors réserve ont favorisé de bons échanges

d'information entre la GRC, le Solliciteur général du Canada et Santé Canada en vue de l'élaboration de programmes à l'intention de cette population. Les Unités antidrogue intégrées ont amélioré l'échange d'information au profit des activités d'application de la loi. De plus, il y a des tribunes qui servent à échanger de l'information; il y a aussi les comités interministériels qui se réunissent pour échanger de l'information, et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies qui gère un centre d'information sur les drogues; enfin, il y a le Secrétariat de la SCA.

Chapitre 5
Ressources

UNE INITIATIVE DE DURÉE LIMITÉE

La Stratégie canadienne antidrogue est une initiative de durée limitée. Toutefois, comme une part importante des fonds qui lui sont affectés servent à financer des programmes qui bénéficiaient auparavant de fonds prévus au budget A, la fin de la Stratégie ne signifie pas automatiquement la fin des programmes qui en font partie. Certains programmes officiellement mis en oeuvre dans le cadre de la Stratégie sont financés à l'aide de fonds provenant du budget A. La plupart des programmes jouissent, pour une part du moins, d'une source de financement continue; très peu de programmes sont entièrement financés dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue.

Quand les ressources se font rares comme maintenant, les initiatives de durée limitée sont un moyen plus populaire de financer des programmes. En théorie, le fait de mettre en place des programmes de durée limitée permet au gouvernement de s'attaquer à des problèmes particuliers sans avoir à prendre d'engagement à long terme à leur égard. Dans le cas de la Phase I de la Stratégie canadienne antidrogue, le gouvernement tenait à prendre des mesures pour lutter contre des problèmes relatifs à l'alcool et aux drogues perçus comme particulièrement graves au Canada. La Stratégie a été renouvelée pour une deuxième phase parce que les problèmes perduraient, que l'approche équilibrée sur laquelle elle se fondait était pertinente et qu'il fallait mieux cibler les efforts pour assurer une efficacité maximale. On ne peut à ce stade-ci prédire si la gravité des problèmes relatifs aux drogues qui existent au Canada diminuera au point où il ne sera plus nécessaire d'injecter des fonds spéciaux dans la lutte contre ces derniers. Toutefois, s'il demeure nécessaire de recourir à des initiatives de durée limitée après la Phase II, c'est-à-dire à l'issue de la période de dix ans de mise en oeuvre de la Stratégie canadienne antidrogue, le gouvernement devra déterminer si

cette initiative spéciale doit être une initiative de durée limitée, s'il faut l'annuler parce que ce genre d'injection de fonds ne permettra pas d'obtenir des résultats satisfaisants ou s'il faut faire en sorte que la Stratégie bénéficie de fonds provenant du budget A. Les responsables de la Stratégie doivent prévoir qu'il est possible que la Stratégie ne soit pas renouvelée et déterminer comment faire face à une perte substantielle de fonds. Cette diminution du financement pourrait signifier l'effondrement de la Stratégie, et plus spécialement du volet coordination. L'on doit absolument reconnaître que la Stratégie ne dépend pas entièrement de fonds additionnels. Grâce à différents autres moyens, la Stratégie pourrait continuer d'exister même si elle perd les fonds qui lui sont actuellement alloués en qualité d'initiative de durée limitée.

COUPURES BUDGÉTAIRES

Les coupures dont font l'objet les budgets des ministères depuis quelques années ont eu une incidence sur certains programmes relevant de la Stratégie canadienne antidrogue. On trouvera plus d'information à ce sujet dans les rapports produits par chaque ministère. Pour être juste, une évaluation doit tenir compte des fonds effectivement affectés à un programme. Il serait injuste, en effet, d'évaluer un programme en présumant qu'il a reçu un certain montant quand, en fait, il n'a reçu que la moitié des fonds qui devaient lui être affectés.

Dans le cas de la Stratégie canadienne antidrogue, la question des coupures budgétaires est complexe. Comme de nombreux programmes reçoivent à la fois des fonds provenant du budget A et des fonds alloués à la Stratégie, déterminer les effets des coupures est un exercice difficile, voire arbitraire; le simple fait de décrire une coupure comme ayant été faite dans la portion des fonds provenant du budget A ou dans l'autre portion provenant des fonds alloués à la Stratégie est un exercice arbitraire. Pour ce qui est de l'efficacité de certains programmes, ce qu'il importe de souligner c'est que certains d'entre eux ont disposé de moins de fonds que prévu. La Stratégie devait, pour certains programmes, entraîner une amélioration grâce à l'injection de nouveaux fonds. Néanmoins, si les fonds provenant du budget A sont coupés, tout avantage pouvant résulter d'une injection de fonds provenant de la Stratégie se trouve annulé. Il importe d'évaluer le rendement d'un programme en tenant compte des coupures dans les fonds

alloués, autant les fonds provenant du budget A que les fonds provenant d'une affectation spéciale à une initiative de durée limitée.

«Double Joepardy»

La façon dont les ministères gèrent les coupures budgétaires fait l'objet de controverse. Une question souvent soulevée est la suivante : est-ce que les stratégies devraient être à l'abri des coupures budgétaires? D'un certain point de vue, cela ne fait aucune différence : une coupure est une coupure, quel que soit le budget auquel elle est appliquée. En fin de compte, moins d'argent est mis à la disposition d'un programme. Toutefois, des coupures dans les fonds alloués à une initiative de durée limitée posent un problème que certains ministères qualifient de «double joepardy». Dans une rapport de Santé Canada sur les stratégies nationales depuis mars 1994, la situation est décrite ainsi :

> Le Ministère fait face à une situation de «double joepardy» quand les fonds d'une stratégie sont inclus dans le budget où il doit faire des coupures; or, ces fonds ne sont pas traités de la même façon que les fonds du Ministère au moment du renouvellement. Si un programme de durée limitée n'est pas renouvelé, les niveaux de référence du Ministère sont réduits d'un montant équivalant aux fonds alloués au programme de durée limitée, tel qu'approuvé au départ, que ce programme ait fait l'objet d'une réduction de fonds ou non. Les conséquences de cette politique du CT sont les suivantes :
>
> - l'inclusion des programmes de durée limitée dans le budget A aux fins du calcul des réductions ministérielles, additionnée à une politique de «plein recouvrement», crée une situation de «double joepardy» pour les ministères qui, pour quelque raison, font porter le poids de certaines coupures sur des programmes de durée limitée;
> - pour éviter la situation décrite ci-dessus, les ministères pourraient être contraints de faire porter tout le poids des réductions sur les programmes permanents, ce qui se traduirait par des réductions indues, bien supérieures aux niveaux visés par les coupures proposées.

En termes très généraux, les deux risques auxquels sont exposés les ministères se résument ainsi : dans un premier temps, ils risquent que le ministère des Finances demande au Conseil du

Trésor d'opérer des coupures dans leurs budgets de programmes; dans un second temps, ils risquent de perdre tous les fonds alloués au départ, conformément à la décision rendue par le Conseil du Trésor, au moment où l'initiative prendra fin. Au premier coup d'oeil, il semblerait donc que lorsqu'un programme fait l'objet de coupures budgétaires, y compris de coupures dans les ressources fournies par une stratégie, le non-renouvellement d'un programme de durée limitée entraîne une perte supérieure à la perte de l'allocation originale, c'est-à-dire la perte de cette allocation et de toutes les ressources perdues à cause d'une réduction générale du budget. En pareil cas, la perte subie par le ministère est supérieure à la seule perte de l'allocation reçue au titre d'une stratégie. En conséquence, le fait de participer à une stratégie de durée limitée se traduit par un passif pour le ministère concerné; on peut donc s'attendre que les ministères en viendront à être peu intéressés à prendre part à des initiatives de durée limitée.

Il reste, toutefois, à déterminer l'ampleur du danger. Les représentants du Conseil du Trésor ont confirmé lors d'entrevues que le ministère des Finances a bel et bien l'intention de faire en sorte que les fonds alloués aux initiatives de durée limitée soient inclus dans la base de calcul des coupures budgétaires. Toutefois, ils ont aussi souligné que les ministères ont pu bénéficier de mesures de redressement pour les coupures dans les subventions et contributions des programmes de durée limitée. Aucune mesure semblable n'a été prévue jusqu'ici pour les fonds de fonctionnement et de gestion qui ont fait l'objet de coupures, mais le Conseil est conscient du problème et il essaie de le corriger. Il s'agit là d'un problème budgétaire complexe, ont-ils précisé.

En conséquence, bien que le problème du «double jeopardy» soit réel, il n'est pas aussi grave que certains le prétendent, à cause des mesures de redressement prises à l'égard des budgets de subventions et contributions.

Transfert de fonds

Il peut arriver que des fonds alloués au départ à une stratégie finissent par être utilisés à d'autres fins. Si les fonds alloués à une stratégie ne constituent pas un poste budgétaire distinct (comme cela semble être le cas pour la Stratégie canadienne antidrogue, à en juger du moins par le Budget principal, Partie

III), ou, en d'autres termes, si les fonds alloués à une stratégie sont traités par le ministère de la même façon que les fonds du budget A, il peut facilement arriver qu'ils soient utilisés à d'autres fins que celle pour laquelle ils ont été alloués. La Stratégie canadienne antidrogue est plus à risque que les autres à cet égard, étant donné qu'une bonne part de son budget sert au versement de fonds additionnels à des programmes en place. Quand les gestionnaires transfèrent des fonds du budget A d'un programme à un autre dans le cours normal des choses, il peut facilement arriver que des fonds alloués à la Stratégie canadienne antidrogue soient transférés par la même occasion. Un tel transfert de fonds peut aboutir aux conséquences suivantes : premièrement, les visées du Conseil du Trésor concernant l'utilisation des fonds ne sont pas respectées, et, deuxièmement, l'efficacité de la Stratégie peut diminuer. Au cours de périodes prolongées de compressions budgétaires, même une stratégie dont le financement ne peut faire l'objet de coupures peut être «dévalisée» et donc devenir moins efficace, si des fonds qui lui sont alloués sont transférés à d'autres programmes et si des fonds alloués dans le budget A à des programmes qu'elle soutient sont diminués. L'évaluation finale, qui devrait être terminée en 1997, déterminera si la Stratégie canadienne antidrogue a été mise en oeuvre de façon moins efficace à cause de coupures ou de transferts de fonds.

Réponses possibles

Le cadre d'évaluation de la Stratégie canadienne antidrogue citait trois catégories d'objectifs pour la Stratégie, dont la dernière était décrite comme celle des mécanismes d'amélioration des programmes. Cette troisième catégorie, comme il sied de l'appeler, incluait des améliorations au niveau du choix des groupes cibles, de la coordination, de l'information et des ressources. Les suppléments budgétaires étaient cités comme l'un de quatre moyens pouvant permettre d'améliorer les programmes. Soulignons que ce moyen n'est pas considéré comme plus important que les autres mécanismes d'amélioration du rendement des programmes. En général, la diminution du recours à l'un de ces mécanismes devrait, dans la mesure du possible, être compensée par l'augmentation du recours aux trois autres. En conséquence, la diminution des suppléments budgétaires devrait être compensée par de nouvelles améliorations au niveau du choix des groupes cibles, de la coordination et de l'information.

Dans les chapitres précédents, et plus particulièrement dans celui sur la coordination, on indique qu'il y aurait sans doute lieu de favoriser ce genre de mesures de compensation. On pourrait, pour commencer, améliorer la coordination touchant le financement lui-même. Ainsi, pour certains programmes mis en oeuvre dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue, des fonds étaient restés inutilisés à l'issue des deux premières années de la Phase II. Si on assurait une coordination plus astucieuse des ressources, on pourrait entre autres veiller à un partage entre les différentes directions générales des fonds devant être alloués à la Stratégie et inutilisés, plutôt que de laisser ces fonds inutilisés.

Liens interstratégies

Une forme plus osée de coordination des ressources supposerait des liens entre les stratégies connexes ou entre les grandes initiatives. Les problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues sont souvent accompagnés d'autres problèmes que le gouvernement fédéral s'emploie à corriger et qui ont trait à la violence familiale, au sida, à la santé mentale, au bien-être des enfants, etc. Les liens entre ces problèmes et les programmes qui visent à les éliminer se prêtent à la mise en place de mesures profitables pour l'ensemble des programmes. Qui plus est, une approche axée sur les déterminants de chacun de ces problèmes met en lumière les similarités entre les déterminants de la santé qu'un seul programme permet de prendre en compte. On reviendra sur ce point dans le prochain chapitre. À Santé Canada, il y a eu financement conjoint de différents programmes, soit la Stratégie canadienne antidrogue, la Stratégie nationale sur le SIDA et l'Initiative en matière de violence familiale. De plus, le ministère envisage de lancer un programme sur la santé de la population qui intégrera les ressources de différents secteurs.

Chapitre 6
Environnement de la Stratégie canadienne antidrogue

Le cadre d'évaluation de 1992 de la Stratégie canadienne antidrogue laissait la porte ouverte à des rapports sur des questions débordant le cadre d'évaluation lui-même, qui se limitait, aux fins du présent examen à mi-parcours, aux quatre mécanismes d'amélioration des programmes. Un certain nombre de changements importants ont eu cours dans l'«environnement» de la Stratégie et ces changements méritent d'être pris en compte par les responsables de la Stratégie canadienne antidrogue. Certains de ces changements concernent l'environnement politique à l'intérieur duquel la Stratégie s'insère, d'autres concernent les changements survenus au niveau provincial, et d'autres, enfin, ont trait aux torts causés par les drogues dont sont victimes les Canadiens. Si cette question est abordée ici, ce n'est pas pour porter un jugement sur l'efficacité avec laquelle la Stratégie a atteint ses objectifs en matière de réduction des torts, mais bien pour donner une indication, avant la production de l'évaluation finale, des problèmes sur lesquels devraient se pencher les responsables de la Stratégie. L'évaluation finale fournira de l'information sur l'évolution des choses dans chacun de ces secteurs.

EXTENSION DU RÔLE DES UNITÉS INTÉGRÉES

Le succès des Unités pilotes antidrogue se mesure autrement que par les revenus générés par les saisies des biens des contrevenants sur ordre des tribunaux. Leur succès se reflète aussi dans l'approche multi-juridictions en matière d'application de la loi adoptée dans d'autres secteurs que celui de la criminalité liée aux drogues. Ce partenariat de la police et du procureur de la couronne, des agents des douanes et des juricomptables a permis la création d'équipes très efficientes qui ont mis en place des stratégies efficaces contre leurs cibles attitrées, soit les hauts échelons du crime organisé.

De plus, le succès des Unités intégrées prouve sans conteste que les organismes d'application de la loi ne doivent pas se contenter d'obtenir l'incarcération des criminels. Même condamnés à une peine de prison, ces derniers représentent une menace, tant et aussi longtemps qu'ils ne perdent pas les avoirs financiers grâce auxquels ils peuvent financer leurs activités. Il est clair que les criminels qui commettent des infractions liées aux drogues, plus particulièrement les trafiquants et les distributeurs, ne peuvent rester en affaire que s'ils ont les liquidités voulues pour acheter la marchandise et assumer les coûts de distribution. Le marché de la drogue n'accepte aucun crédit. Si les trafiquants perdent les profits qu'il ont pu accumuler, argent comptant ou biens, le risque qu'ils se lancent à nouveau en affaire s'en trouve diminué.

Ces constatations ont amené la GRC à revoir sa façon d'envisager les moyens de lutter contre d'autres activités criminelles qui génèrent des profits importants. Les activités criminelles liées à la contrebande, à la fraude et au jeu sont aussi lucratives que le trafic des drogues illégales. Les auteurs de ces crimes s'enrichissent aussi vite que les trafiquants de drogues et ils ont tout aussi besoin qu'eux de blanchir leur argent selon des méthodes similaires; comme les trafiquants, aussi, ils sont à la tête d'une entreprise qui fonctionne sur le mode «payer-emporter»; sans liquidités, il leur est impossible de faire des affaires.

Voilà pourquoi la GRC et les Unités intégrées reconnaissent maintenant que les enquêtes touchant les produits de la criminalité, qui sont la raison d'être des Unités intégrées, doivent être au coeur de l'approche utilisée à l'égard de la contrebande et des autres formes de crime érigé en entreprise. Voilà pourquoi la GRC a restructuré ses unités d'enquête et qu'elles les a regroupées sous une même autorité, soit la Direction de la police économique. Cette Direction veille, en effet, à la lutte contre la contrebande, le crime érigé en entreprise et les profits des trafiquants ainsi qu'à l'action des Unités antidrogue intégrées. Le but visé est de tirer pleinement profit des compétences et de l'expérience accumulées. En conséquence, l'approche utilisée est maintenant la même à l'égard de tous les crimes qui génèrent des profits importants. Ainsi, on peut mener des enquêtes qui portent à la fois sur le

crime commis et sur la confiscation des profits réalisés par les contrevenants.

Cette nouvelle entité, à savoir le modèle intégré axé sur les produits de la criminalité, servira de base à l'orientation et à l'expansion des activités dans le secteur des enquêtes sur le produits de la criminalité. L'application des mesures législatives touchant les drogues continuera de faire partie intégrante de la lutte contre les produits de la criminalité par le truchement de l'Unité intégrée ainsi que, d'ici la fin de la Stratégie canadienne antidrogue, par le biais des efforts des Unités antidrogue intégrées. La décision d'étendre le rôle de ces unités à tous les aspects du crime érigé en entreprise reconnaît que l'action ne doit plus se limiter aux drogues. Les enquêtes doivent en effet englober un éventail plus large de crimes et reconnaître que les criminels qu'on retrouvent aux plus hauts échelons du trafic des drogues sont souvent impliqués dans l'ensemble des activités liées au crime érigé en entreprise. Cette constatation peut avoir un effet sur l'avenir de la Stratégie canadienne antidrogue. Les responsables de la Stratégie devront tenir compte de cet aspect de la question lorsqu'ils se pencheront sur l'avenir de cette initiative multi-ministérielle.

RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les préoccupations au sujet des coûts du système de soins de santé et de leur contribution aux déficits fédéral et provinciaux ont incité les gouvernements à entamer une réforme du système afin d'obtenir une réduction des coûts. Les activités au palier fédéral incluent le Forum national sur la santé et la contribution de ce dernier aux travaux du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population ainsi qu'à ceux menés à Santé Canada par un large éventail de groupes de travail sur cette question. Les provinces se sont attaquées à la question individuellement et de concert par l'entremise de forums tels que celui offert par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial. Bon nombre ont commencé à modifier leur mode de prestation des soins de santé, selon des procédés qui ont parfois une incidence sur la Stratégie canadienne antidrogue.

Changements au niveau provincial

Au cours des dernières années, bon nombre d'organismes provinciaux autonomes du secteur des toxicomanies ont été dissous et leurs fonctions confiées au ministère provincial de la

Santé. Certains représentants des services provinciaux de lutte contre les toxicomanies considèrent que ces transferts indiquent qu'on accorde moins d'importance à leur travail et à leur clientèle, tandis que d'autres estiment que ces transferts sont le résultat forcé de l'assimilation des problèmes liés à l'alcool et aux drogues à des problèmes de santé. Quelles que soient les causes de ces changements organisationnels, qui ont eu cours dans toutes les provinces et tous les territoires sauf l'Alberta, le Manitoba et l'Ontario[2], ils se sont traduits par une certaine rupture dans les services offerts ainsi que par des changements au niveau du personnel, avec pour conséquence des problèmes de communication non seulement entre les instances fédérales et provinciales, mais aussi entre les provinces. On ne sait pas toujours à qui on doit s'adresser au palier fédéral comme au palier provincial. Cet état de choses a évidemment une incidence sur la coordination des efforts, puisqu'il est à toutes fins utiles impossible d'assurer une bonne coordination sans communication entre les partenaires. Au moment où les entrevues ont eu lieu, bon nombre de personnes rejointes, y compris des représentants de Santé Canada, ont signalé qu'il y avait de la confusion dans leur esprit au sujet des représentants de certaines provinces dans le secteur des toxicomanies.

Non seulement le transfert des responsabilités dans le secteur des toxicomanies aux ministères de la Santé a entraîné des problèmes de communication, mais la réforme du système de santé a eu le même effet. Cette réforme inclut le transfert de certaines responsabilités et de certains pouvoirs aux régions ou districts dans certaines provinces, le but étant d'obtenir que les programmes offerts soient davantage en accord avec les besoins communautaires. À mesure que s'opère le transfert vers les régions ou districts, les autorités provinciales perdent une part de leurs pouvoirs. En fait, certains représentants provinciaux interrogés ont indiqué qu'ils craignaient que certaines régions choisissent de ne pas offrir de programmes de lutte contre les toxicomanies. D'autres signalaient qu'il est devenu difficile de savoir qui, des représentants du ministère de la Santé ou des représentants des régions ou districts, sont les porte-parole des provinces dans ce secteur. De plus, il peut être difficile de savoir si une autorité peut représenter les provinces qui ont régionalisé leurs services dans le secteur des toxicomanies ou si ces provinces ont une politique globale dans ce domaine. Les conséquences à l'égard des politiques nationales sont claires : si

le gouvernement fédéral souhaite que les provinces et les territoires soient ses partenaires dans l'élaboration des politiques nationales ou dans la conception des programmes nationaux, il peut se révéler plus difficile pour lui de déterminer qui sont les partenaires à rejoindre que cela ne l'était avant que les services de lutte contre les toxicomanies ne soient amalgamés aux ministères de la Santé et avant que la réforme du système de santé ne soit entamée. Il ne s'agit pas seulement de savoir qui a le pouvoir d'élaborer des politiques, mais aussi de déterminer qui il faut rejoindre, qui peut prendre la parole au nom des provinces.

CHANGEMENT D'ORIENTATION À SANTÉ CANADA

Depuis la réorganisation du gouvernement en 1993, qui s'est traduite par l'abolition de Santé et Bien-être social Canada, Santé Canada s'est donné un nouveau mandat et un cadre stratégie pour l'accomplir. L'énoncé de vision adopté par le Ministère est le suivant :

> **La vision de Santé Canada est celle d'un système de santé national renouvelé qui est fondé sur une approche axée sur les déterminants de la santé et qui assure un accès universel à des soins de santé appropriés et efficaces par rapport aux coûts.**
>
> **Cette vision s'appuie sur un leadership et des partenariats nationaux en matière de santé ainsi que sur des conseils judicieux et des mesures opportunes.**

Cet énoncé général s'applique à toutes les activités de Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue comme à l'ensemble de ses autres activités. Au fins de l'examen à mi-parcours, il importait de s'interroger sur l'incidence de cette vision sur la mise en oeuvre de la Stratégie ainsi que sur les mesures prises par les responsables de la Stratégie pour prendre en compte cette vision. Le Secrétariat de la SCA n'a toujours pas défini sa position à ce sujet. Quelle que soit cette position, toutefois, elle prendra sans doute en compte les éléments discutés ci-après.

Déterminants de la santé

Un déterminant de la santé est une cause qui, de concert avec d'autres normalement, produit un état de santé particulier, chez

une personne ou dans une population. Cet état de santé peut se situer n'importe où le long d'un spectre allant de pauvre à excellent. Les déterminants sont neutres à cet égard. La détermination des facteurs qui causent certains états de santé est une question empirique à laquelle on ne peut répondre qu'à l'aide de recherches empiriques. Il ne s'agit pas d'une question idéologique.

Normalement, les déterminants se présentent en groupe et il n'est pas rare qu'ils agissent les uns sur les autres. On a souvent affaire à des «chaînes de déterminants», c'est-à-dire à des chaînes de causes qui, ensemble, produisent un état de santé particulier. En conséquence, on ne devrait pas parler DU déterminant de la santé ou, sans autres précisions, du plus important déterminant de la santé. En tant qu'élément causal, chaque déterminant d'une chaîne joue un rôle actif dans la production d'un état de santé donné. Un changement dans la chaîne se traduit par un résultat différent. Les déterminants peuvent être positifs ou négatifs, en ce sens qu'ils peuvent induire un état de santé positif ou un état de santé négatif. Et des déterminants positifs et négatifs peuvent se retrouver dans une même chaîne.

Pourquoi se préoccuper des déterminants de la santé?

Parce que normalement les déterminants agissent de concert ou se présentent en chaîne, dont tous les éléments peuvent être aussi importants les uns que les autres, les interventions visant à améliorer l'état de santé peuvent être inefficaces si l'on néglige de prendre en compte un seul des éléments de la chaîne. C'est ainsi qu'un programme peut se révéler inefficace ou moins efficace qu'il n'aurait pu l'être et que des ressources précieuses sont gaspillées.

Un exemple classique de cet état de choses est fourni par le mouvement en faveur d'une saine politique publique et la place accordée par la suite aux déterminants de la santé. L'histoire va à peu près comme suit. Au début des années 1970, les gouvernements espéraient obtenir une vaste amélioration des résultats obtenus sur le plan de la prévention des maladies en veillant à ce que les comportements des gens sur le plan de la santé changent. La promotion de la santé, en ce qui a trait plus particulièrement au marketing social, a fini par être considérée comme un moyen efficace d'améliorer la santé d'une population

et de nombreux programmes ont été créés dans cette optique. Toutefois, ces programmes n'ont pas été aussi efficaces qu'on l'avait espéré auprès de certaines sous-populations, et l'examen des raisons de cet état de choses a révélé qu'il existait d'autres déterminants de la santé que le mode de vie ou les comportements individuels et que ces déterminants remettaient largement en question le potentiel des efforts de marketing social. Certains de ces nouveaux déterminants était de nature socio-économiques.

La leçon à tirer de cette expérience est la suivante : les interventions d'un gouvernement ne peuvent pas être efficaces si elles ne prennent en compte que quelques-uns des éléments d'une chaîne. Pour ce qui est du mode de vie ou des comportements sur le plan de la santé, ces facteurs sont bien sûr des déterminants de la santé, mais ils ne sont que des éléments parmi d'autres le long d'une chaîne, dont ils constituent les derniers maillons. Si l'on remonte la chaîne, on découvre ce qui détermine le mode de vie, et cette cause peut avoir une incidence sur l'efficacité d'une intervention visant le mode de vie pour une population ou différentes sous-populations. Certains des programmes que regroupe la Stratégie canadienne antidrogue s'attaquent à des éléments considérés comme des causes profondes des problèmes de toxicomanie. On peut citer ici à titre d'exemple les programmes qui visent à rehausser l'estime de soi chez les jeunes. L'idée de base est la suivante : le message diffusé dans des programmes tels que le programme «Drogue, pas besoin» ne peut être efficace auprès des jeunes qui n'ont pas assez d'estime d'eux-mêmes pour tenir tête à leurs pairs; en les aidant à acquérir cette estime d'eux-mêmes qui leur manque, on leur donne les moyens de résister à la pression des pairs ou aux influences négatives.

Une approche axée sur les déterminants

Une approche axée sur les déterminants de la santé est donc une approche fondée sur la réalité, qui a pour objet de mettre en place des interventions qui permettent d'améliorer la santé de populations et qui prennent en compte l'ensemble des déterminants de l'état de santé des populations visées. Il y a de nombreux moyens d'utiliser cette approche. Ces moyens incluent évidemment le choix des bons groupes cibles. Toutefois, il y a un autre moyen plus subtil, mais justifié sur le plan historique, d'utiliser cette approche, en vue de vérifier l'utilité d'une

intervention possible. Les choses se passent ainsi. Il s'agit, pour n'importe quelle intervention visant un déterminant de la santé en particulier, de se demander si son efficacité ne sera pas minée par l'action de déterminants situés plus en amont sur la chaîne des déterminants. Si la réponse est non, toutes choses étant par ailleurs égales, on peut aller de l'avant. Si la réponse est oui, par contre, on doit ou concevoir une intervention qui prenne en compte cet autre déterminant spécifiquement ou, si cela est impossible, déterminer la valeur de l'intervention originale sur le plan coût-efficacité et déterminer s'il faut aller de l'avant ou renoncer à l'intervention. L'approche axée sur les déterminants peut aussi être utilisée comme outil de contrôle des coûts ou comme outil de conception de programmes efficaces.

Les déterminants de la santé dans le cadre d'autres stratégies

La réflexion actuelle sur ce que sont les principaux déterminants de la santé indique qu'il y a convergence de ces déterminants à l'égard de différents problèmes de santé dont se préoccupe généralement la Stratégie canadienne antidrogue, ou, pour certains, dans le cadre de programmes de durée limitée. On observe une concentration de bon nombre des problèmes associés à un mauvais état de santé chez les gens à faible revenu, peu scolarisés, appartenant à des groupes visés par des taux de chômage élevés, et ainsi de suite. On en vient à conclure qu'un revenu faible et les autres conditions sont d'importants déterminants d'un état de santé relativement mauvais, déterminants qui se traduisent par des comportements nocifs sur le plan de la santé, tels que : tabagisme, toxicomanie, violence familiale, dépendance au jeu, mauvaises habitudes alimentaires, pour ne citer que ces exemples. Si on oublie les détails, le fait est que l'approche axée sur les déterminants de la santé indique que bon nombre de comportements malsains et de facteurs induisant un mauvais état de santé s'enracinent dans les mêmes causes. Cette approche prêche en faveur d'interventions visant tous ces problèmes connexes, rattachés les uns aux autres du fait qu'ils ont des causes communes.

Cette constatation n'a rien de surprenant. Nous savons depuis longtemps que bon nombre de programmes visent les mêmes groupes cibles, et que ce sont souvent les mêmes personnes qui sont desservies par les services d'aide aux toxicomanes, d'aide aux chômeurs et d'aide aux personnes aux prises avec un problème de violence familiale. L'approche axée sur les

déterminants de la santé invite à éliminer les divisions entre certains problèmes de santé qui s'enracinent dans des causes communes ou du moins à s'interroger sur le fait que différents programmes visent les mêmes clientèles. Chose certaine, l'approche axée sur les déterminants de la santé invite à une plus grande coordination des programmes qui visent les mêmes groupes cibles, si ce n'est à une refonte complète des programmes (qui visent davantage des populations que des problèmes), voire à une amalgamation de ces programmes. Cette remarque s'applique autant aux initiatives pluriministérielles de durée limitée qu'aux programmes isolés.

NOUVELLES D'AUTRES MINISTÈRES : Solliciteur général

Le financement de la Stratégie canadienne antidrogue, Phase II, approuvé par le Cabinet, n'incluait pas de ressources pour les activités internationales dans le domaine des toxicomanies. Cet état de choses place le ministère du Solliciteur général dans une position difficile puisqu'il a des responsabilités directes à relever ou des liens de partenariats à entretenir dans le cadre d'initiatives internationales (p. ex. Commission interaméricaine contre l'abus des drogues, Groupe d'action financière du G-7 et Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues). Le ministère ne disposant pas de fonds du budget A pour assumer ces responsabilités, il doit utiliser à cette fin des ressources destinées à la réduction de la demande. Le Secrétariat du Solliciteur général a l'intention de continuer d'utiliser ces ressources jusqu'à la fin de la Phase II de la Stratégie. Il n'a pas de plan en vue du financement de ces activités internationales après le 31 mars 1997.

Patrimoine canadien

Le Centre canadien sur le dopage sportif et Esprit sportif Canada fusionneront le 1er octobre 1995. Cette fusion réunira des organismes et des activités touchant à l'éthique du sport. Le but visé est de renforcer les activités d'éducation qui ont pour objet de promouvoir l'éthique dans le sport, y compris en ce qui a trait au dopage. On espère aussi que la fusion permettra de réduire les coûts de gestion et de préserver les ressources affectées aux programmes.

TORTS CAUSÉS AUX PERSONNES PAR LES PROBLÈMES LIÉS AUX DROGUES

La Stratégie canadienne antidrogue a été créée en 1987 pour faire obstacle à l'augmentation perçue de la gravité des problèmes reliés aux drogues au Canada. Le cadre de 1992 décrivait un éventail de torts que la Stratégie devait permettre de réduire. L'un d'eux était la décès prématuré. Les paragraphes qui suivent présentent des données sur la mortalité pour la période allant de 1987 à 1992, soit la dernière année pour laquelle Statistique Canada dispose de données. Ces données ne justifient aucun optimisme et il serait important que les responsables de la Stratégie canadienne antidrogue les prennent sérieusement en compte. Elles sont présentées à titre de facette importante de l'environnement de la Stratégie, et non parce qu'elles sont en elles-mêmes un indicateur de l'efficacité de la Stratégie canadienne antidrogue.

DÉCÈS DUS À UNE SURDOSE DE DROGUE AU CANADA, 1987-1992

Type de drogue	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Opiacés	56	55	58	82	133	148
Cocaïne	59	80	99	65	92	78
Barbituriques	45	34	34	29	30	29
Alcool	120	116	112	110	155	178
Tranquillisants	27	20	24	23	17	15

Bien que ces données de Statistique Canada indiquent que l'incidence des décès par surdose de barbituriques et de tranquillisants à base de benzodiazépine diminue lentement, les tendances pour ce qui est des opiacés, dont l'héroïne est le représentant le plus répandu, la cocaïne et l'alcool sont cause de préoccupation. Depuis la création de la Stratégie antidrogue en 1987 jusqu'en 1992, les décès dus à l'héroïne ont augmenté de 265 %, les décès dus à la cocaïne de 32 %, et les décès dus à l'intoxication alcoolique de 48 %. (On notera que les surdoses comptent pour un faible pourcentage des décès attribuables à l'abus d'alcool; il faut toutefois prendre en compte les cirrhoses du foie, la conduite avec facultés affaiblies et les actes violents.)

Décès reliés aux drogues en C.-B.

Les données présentées ci-avant ne donnent pas une idée juste de la gravité de la situation parce qu'elles ne vont pas au-delà de 1992. Or, une province comme la Colombie-Britannique a connu depuis 1992 une telle augmentation qu'elle a chargé un groupe de travail de se pencher sur la question; en septembre 1994, le Bureau du coroner a publié un rapport qui fournit des données plus récentes pour cette province. Les chiffres pour 1993 sont ahurissants, comme en fait foi le tableau suivant :

Type de drogue	Nombre de décès
Héroïne	298
Cocaïne	106
Alcool	145
Total	549

Cette situation a l'heur d'étonner et on peut sans exagérer la qualifier de crise, le nombre de décès par surdose marquant une très nette augmentation par rapport aux chiffres des années précédentes. Au moment où ce rapport a été préparé, rien d'officiel n'était prévu dans le cadre général de la Stratégie canadienne antidrogue pour faire face à la situation en Colombie-Britannique. Pour les responsables de la Stratégie, ce sont les autorités provinciales compétentes qui ont le pouvoir d'agir, du moins tant que la province ne demande pas au gouvernement fédéral d'intervenir. Voilà pourquoi le Secrétariat de la SCA attend pour prendre des mesures que la province de la Colombie-Britannique indique clairement qu'elle souhaite une intervention de sa part. Il y a eu des discussions préliminaires entre des représentants de la province et Santé Canada concernant l'autorisation des traitements d'entretien à la méthadone par les médecins, mais jusqu'ici aucune demande spécifique d'intervention n'a été formulée et rien d'autre que ces discussions préliminaires n'a été fait.

Par le passé, le gouvernement fédéral est déjà intervenu dans des provinces aux prises avec une situation de crise. Ces dernières années, il est intervenu rapidement et efficacement pour faire face à diverses menaces : moules avariées, raisins importés contaminés, catastrophes naturelles telles que la tornade à

Edmonton. On pense tout suite à la célérité avec laquelle agissent les services d'urgence et les services connexes d'autres gouvernements et qui sont aussi chargés de prendre des mesures lorsque surviennent certaines situations d'urgence au Canada. On serait sans doute en droit de s'attendre à ce que des services semblables existent pour faire face aux situations d'urgence dans le secteur des toxicomanies, puisque les torts causés par les toxicomanies peuvent être très graves.

Il semble bien, toutefois, que le gouvernement fédéral n'a pas de plan pour faire face, seul ou de concert avec les provinces, aux situations d'urgence dans le secteur des toxicomanies. Qui plus est, comme nous l'avons déjà signalé, depuis le démantèlement du Comité consultatif fédéral-provincial des problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues, aucun organisme n'a clairement la responsabilité d'assurer une coordination des activités fédérales-provinciales relatives aux drogues, y compris lorsqu'une situation spéciale ou d'urgence se pose. La situation en Colombie-Britannique pose un défi aux partenaires de la Stratégie canadienne antidrogue, dont les liens doivent inclure une collaboration fédérale-provinciale et qui doivent être capables d'agir de concert lorsque les circonstances le requièrent.

Sans être confinés à Vancouver, la plupart des décès par surdose sont survenus dans cette ville. Le problème se limite donc à une région relativement petite, qui pourrait devenir une région type pour la mise à l'essai de l'approche axée sur la réduction des torts, si jamais on demandait au gouvernement fédéral d'intervenir. La situation en Colombie-Britannique se prête bien à l'application d'une approche axée sur la réduction des torts. On notera, cependant, que Vancouver n'est pas la seule ville où on a observé récemment des taux élevés de décès par surdose. Toronto et Montréal ont aussi, récemment, fait face à des augmentations importantes du nombre des décès par surdose, mais à un degré moindre. Sans un plan clair ou une structure organisationnelle pertinente, il semble que les partenaires fédéraux-provinciaux doivent s'efforcer de définir le contenu de l'approche axée sur la réduction des torts causés par les toxicomanies ainsi que l'action du gouvernement fédéral et l'action conjointe des instances fédérales-provinciales en situation requérant des mesures spéciales.

Notes

1. Extrait de Kenneth Dernaghan, «Partnership and Public Administration: Conceptual and Practical Considerations», **Administration publique du Canada**, vol. 36, n° a, pp. 57-76.

2. En Ontario, la Fondation de la recherche sur la toxicomanie existe toujours en qualité d'organisme de recherche spécialisé. Toutefois, cet organisme relève maintenant du ministère de la Santé.